

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente

Herbert Alcântara Ferreira

**CONFLITOS DE INTERESSES NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA
SAÚDE**

Diamantina
2017

Herbert Alcântara Ferreira

**CONFLITOS DE INTERESSES NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA
SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sílvia Regina Paes

Diamantina
2017

Ficha Catalográfica – Sistema de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa CRB-6/2972

F383c Ferreira, Herbert Alcantara.
Conflitos de interesses na gestão de recursos financeiros da
saúde / Herbert Alcantara Ferreira – Diamantina, 2017.
110 p. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Regina Paes

Dissertação (Mestrado Profissional - Programa de Pós-
Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) –Universidade
Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3.
Financiamento da Assistência à Saúde. 4. Direito Financeiro. 5.
Conflitos de Interesses. I. Paes, Silvia Regina. II. Título.

CDD 362.10981

Elaborada com os dados fornecidos pelo autor.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI - UFVJM

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PRPPG

www.ufvjm.edu.br

prppg@ufvjm.edu.br



ATA DE DEFESA DE MESTRADO DE HERBERT ALCANTARA FERREIRA ELABORADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA.

A Comissão Examinadora da Dissertação de MESTRADO do pós-graduando HERBERT ALCANTARA FERREIRA do Programa de Pós Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente - Stricto Sensu, nível de MESTRADO, área de concentração: Educação, cultura e saúde, da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, instalou-se no dia 17 de Agosto do ano de 2017, às 14:00, nas dependências da UFVJM, para abertura dos trabalhos e arguição do candidato. A Comissão Examinadora foi composta pelos Professores Prof.ª Dr.ª Silvia Regina Paes - Orientadora (UFVJM), Prof.ª Dr.ª Cristiane Silva Kaitel (PUC MINAS), Prof. Dr. Neilor Mateus Antunes Braga (UNIMONTES) e Prof. Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho (UFVJM). Iniciou-se a sessão com a apresentação dos componentes da Comissão Examinadora e leitura dos artigos 55 a 60 do Capítulo XV do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação Stricto Sensu/UFVJM e passou-se a palavra ao candidato para apresentação de sua Dissertação intitulada **"CONFLITOS DE INTERESSES E EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE"**. Após a apresentação oral, o candidato foi arguido pela referida Comissão, obtendo o seguinte resultado:

- ☒ Aprovado sem ressalvas
- ☐ Aprovado com ressalvas
- ☐ Reprovado

Em caso de aprovação, o candidato fará jus ao título de MAGISTER SCIENTIAE EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE, pela UFVJM, após a entrega da versão final da dissertação, com as devidas correções, à Secretaria dos Programas de Pós-Graduação e homologação pelo Conselho de Pesquisa e Pós-Graduação.

DIAMANTINA, 17 de Agosto do ano de 2017, às 14:00

Prof.ª Dr.ª Silvia Regina Paes - UFVJM
Orientadora

Prof.ª Dr.ª Cristiane Silva Kaitel - PUC MINAS

Prof.Dr. Neilor Mateus Antunes Braga - UNIMONTES

Prof.Dr. Paulo Celso Prado Telles Filho - UFVJM

Campus JK e Reitoria:
Campus I:
Campus do Mucuri:
Campus Janaúba:
Campus Uruí:

Rodovia MG-367 - km 583, nº 6000 - Alto da Jacuba - CEP: 39100-000 - Diamantina - MG - Brasil
Rua da Glória - nº 187 - Centro - CEP: 39100-000 - Diamantina - MG - Brasil
Rua do Cruzeiro - nº 1 - Jardim São Paulo - CEP: 39.501-000 - Três Rios Otari - MG - Brasil
Prédio CAIC Av. Manoel Brandão, 460 Bairro Veredas - CEP: 39440-000 - Janaúba - MG - Brasil
Avenida Venâncio João Nardão, 1390 - Bairro Cachoeira - CEP: 38610-000 - Uruí - MG - Brasil

PABX: (35) 3532-1200
PABX: (35) 3532-6000
PABX: (35) 3532-6057
PABX: (35) 3532-1200 (Diamantina)
PABX: (35) 3532-1200 (Diamantina)

HERBERT ALCANTARA FERREIRA

**CONFLITOS DE INTERESSES E EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS
FINANCEIROS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM SAÚDE, SOCIEDADE E
AMBIENTE - STRICTO SENSU, nível
de MESTRADO como parte dos
requisitos para obtenção do título de
MAGISTER SCIENTIAE EM SAÚDE,
SOCIEDADE E AMBIENTE

Orientador : Prof.^a Dr.^a Silvia Regina
Paes

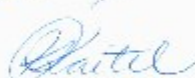
Data da aprovação : 17/08/2017



Prof.Dr. PAULO CELSO PRADO TELLES FILHO - UFVJM



Prof.Dr. NEILOR MATEUS ANTUNES BRAGA - UNIMONTES



Prof.^a Dr.^a CRISTIANE SILVA KAITEL - PUC MINAS



Prof.^a Dr.^a SILVIA REGINA PAES - UFVJM

DIAMANTINA

Aos meus pais pelo apoio incondicional, sem
você nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Ao Grande Arquiteto do Universo por me presentear com a vida e seus encantos.

À Professora Silvia Paes, o meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração.

À minha equipe de colegas de escritório pela dedicação e pelos auxílios nos momentos mais incertos, essa conquista também é de vocês.

Aos meus colegas de viagem, hoje amigos, em especial Rony, André e Cássio vocês foram fundamentais para que a caminhada mesmo longa, fosse prazerosa.

À UFVJM por possibilitar que o conhecimento chegue também aos geraizeiros.

A todos que de alguma forma contribuíram pelo resultado desse trabalho meu muito obrigado.

“Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas
Que já tem a forma do nosso corpo
E esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares
É o tempo da travessia
E se não ousarmos fazê-la
Teremos ficado para sempre
À margem de nós mesmos.”
Fernando Pessoa

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por um processo de evolução com significativos avanços, mas possui sérios aspectos dificultadores de variada natureza, incluindo os de natureza jurídica. A gestão desse robusto sistema, sobretudo, em seu cunho financeiro municipal, é um dos principais nós críticos à sua plena consolidação. É preciso compreender os conflitos de interesses na gestão de recursos financeiros do SUS à luz de um aporte teórico e jurídico. Esse estudo tem como objetivo analisar a gestão pública, com ênfase na gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma investigação com delineamento teórico, descritivo, exploratório, documental. Optou-se pelo estudo de caso. Realizou-se uma contextualização histórico-conceitual, política e administrativa sobre o SUS, analisando-se os impasses e desafios envolvidos na gestão desse sistema. Evidenciou-se o caso da gestão da saúde pública em Montes Claros e os conflitos de interesses envolvidos e caracterizaram-se os serviços e procedimentos de média e alta complexidade. Também, apresentou-se um estudo do Direito Financeiro, a fim de se compreender os conflitos de interesses na gestão de recursos financeiros do SUS à luz das bases jurídicas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, mediante o Parecer Consubstanciado número 1.641.534/2016. O estudo evidenciou que o SUS, ao se ancorar na universalidade da atenção à saúde, na integralidade do cuidado, na descentralização da gestão e na participação democrática da comunidade, fornece benefícios inegáveis e relevantes à saúde da população. Porém, ainda há impasses e desafios na gestão política e financeira desse sistema. O processo de institucionalização do SUS não está descolado da natureza do Estado nem das características da sociedade brasileira. O estudo do Direito Financeiro forneceu conhecimento jurídico e direcionamentos legais a respeito da gestão de recursos financeiros públicos. Espera-se que, assim, sejam indicados subsídios para uma melhor gestão do financiamento da saúde pública, a fim de que se preste uma assistência em saúde mais eficaz, eficiente e de qualidade à população, em conformidade com os princípios jurídicos da administração pública, bem como doutrinários e organizativos do SUS.

Palavras-Chave: Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Financiamento da Assistência à Saúde. Direito Financeiro. Conflitos de Interesses.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde - SUS - goes through a process of evolution with significant advances, but it has serious difficult aspects of a variety of nature, including those of a legal nature. The management of this robust system, especially in its municipal financial framework, is one of the main critical nodes to its full consolidation. It is necessary to understand the conflicts of interest in the management of financial resources of the SUS in the light of a theoretical and legal contribution. This study aims to analyze public management, with emphasis on the management of the financial resources of the Unified Health System. It is a research with a theoretical, descriptive, exploratory, and documentary design. We chose the case study. A historical-conceptual, political and administrative contextualization on SUS was analyzed, analyzing the impasses and challenges involved in the management of this system. The case of the public health management in Montes Claros and the conflicts of interests involved was characterized and the services and procedures of medium and high complexity were characterized. Also, a study of Financial Law was presented, in order to understand the conflicts of interest in the management of financial resources of the SUS in light of the legal bases. The research project was approved by the Research Ethics Committee, by means of the Opinion Numbered 1,641,534 / 2016. The study showed that the SUS, by anchoring itself in the universality of health care, in the integral care, in the decentralization of management and in the democratic participation of the community, provides undeniable and relevant benefits to the health of the population. However, there are still impasses and challenges in the political and financial management of this system. The process of institutionalization of SUS is not detached from the nature of the State nor from the characteristics of Brazilian society. The study of Financial Law provided legal knowledge and legal directions regarding the management of public financial resources. It is hoped, therefore, that subsidies for better management of public health financing will be identified in order to provide more effective, efficient and quality health care to the population in accordance with the legal principles of public administration, As well as doctrinal and organizational aspects of SUS.

Keywords: Unified Health System. Health Management. Health Care Financing. Financial Law.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Valor (R\$) dos serviços hospitalares por ano de atendimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013 a 2016.	49
Tabela 2 -	Valor médio (R\$) de internação por ano de atendimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013 a 2016.	49
Tabela 3 -	Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013.	50
Tabela 4 -	Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2014.	50
Tabela 5 -	Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2015.	50
Tabela 6 -	Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2016.	50
Tabela 7 -	Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013.	51
Tabela 8 -	Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2014.	51
Tabela 9 -	Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2015.	51
Tabela 10 -	Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2016.	52
Tabela 11 -	Internações por ano de atendimento segundo o estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013-2016.	52
Tabela 12 -	Média de permanência (em dias) por ano segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013-2016.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCO	Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste
FEDERASSANTAS	Federação das Santas Casas e hospitais Filantrópicos de Minas Gerais
FNE	Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste
FNO	Fundo Constitucional de Financiamento do Norte
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
IAC	Incentivo de Adesão à Contratualização
II	Imposto de Importação
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPI	Imposto sobre os Produtos Industrializados
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
ITR	Imposto Territorial Rural
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso Assistencial Básico
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAF	Sistema de Administração Financeira
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin	<i>Tab para Windows</i>
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma contextualização histórico-conceitual e administrativa	23
2.1 Sistema Único de Saúde: aspectos histórico-conceituais	23
2.2 Gestão do Sistema Único de Saúde	31
3 METODOLOGIA	39
4 GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE: papel municipal ou estadual? Estudo de Caso em Montes Claros - MG	44
4.1 Descrição do Caso	44
4.2 Caracterização dos Procedimentos e Gastos de Hospitais de Montes Claros - MG	49
5 O CASO DE MONTES CLAROS NO CONTEXTO DOS CONFLITOS DE INTERESSES ENVOLVIDOS NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	54
6 ESTUDO DO DIREITO FINANCEIRO	66
6.1 Atividade Financeira	66
6.2 Direito Financeiro	70
6.3 Normas Gerais Financeiras e Orçamentárias	72
6.4 Despesas Públicas	76
6.5 Receita Pública	83
6.6 Orçamento	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	100
ANEXO	108

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde sempre refletem o contexto histórico, social, econômico e político vigente. No Brasil, isso ocorre com o predomínio dos modelos curativista e hospitalocêntrico, dependentes de insumos tecnológicos que, além de não resolver os problemas de saúde, resultam na constante elevação dos custos financeiros. A partir de 1975, surgiram propostas alternativas para o enfrentamento dos problemas no setor de saúde sustentadas pelo movimento da Reforma Sanitária (HORTA *et al.*, 2009; CASTRO; MACHADO, 2010).

As políticas públicas de saúde no Brasil, conforme Mendes (2012) e Paim *et al.* (2011), têm passado por diversas transformações para garantia de melhor qualidade de vida da população. Inicialmente, o sistema público de saúde foi marcado por uma atenção curativista, com enfoque em condições infecciosas, associadas a antigos padrões sanitários. A crise econômica e o aumento da população à margem do sistema de assistência marcaram o cenário da saúde na década de 1970 (PAIM *et al.*, 2011; BONFADA *et al.*, 2012).

Diante dessa realidade, em 1986, despontou o movimento de Reforma Sanitária, consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Tal movimento se embasou nos ideais de Atenção Primária à Saúde (APS) – contidos na Declaração de Alma Ata: equidade, descentralização, integralidade e universalidade (PAIM *et al.*, 2011; BONFADA *et al.*, 2012). A Reforma Sanitária, que teve como conquista o Sistema Único de Saúde – SUS, almejou, assim, um modelo assistencial norteado pela integralidade e pelas necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS. Ademais, buscou-se um modelo para superar os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma biomédico, o que ainda constitui um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade (FERTONANI *et al.*, 2015).

Conforme Paim e Teixeira (2007), o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, ao postular a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, indicou um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, com vistas à melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população. Como parte dessa totalidade de mudanças, esse projeto defendia o princípio de que a saúde era um direito de todos e um dever do Estado, propondo, assim, a instalação de um sistema de saúde democrático e descentralizado, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo.

Coelho (2012) complementa que, após lutas e debates acerca de um novo projeto de sistema de saúde para o Brasil, surgiu, na Constituição de 1988, o SUS. A sua definição legal instituiu formalmente princípios e diretrizes de universalidade, equidade, integralidade

do atendimento com foco na prevenção, descentralização e participação da comunidade, que devem nortear as atividades em saúde. A institucionalização desse sistema conduziu, ao menos teoricamente, à democratização e ao debate sobre as políticas e os serviços de saúde.

A predominância do SUS e seu impacto na população é substancial, pois o sistema público possui o maior número de estabelecimentos de saúde, sendo responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população. Além disso, é no SUS que a população encontra cobertura para procedimentos tipicamente de saúde coletiva, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial – um dos itens de maior gasto privado em saúde (MENICUCCI, 2009).

Todavia, segundo Melo, Alchieri e Araújo Neto (2012), trata-se de ter em mãos um sistema ideal, mas que necessita da operacionalização concreta de suas formulações, que devem sair da utopia e entrar na realidade do atendimento. Com isso, verifica-se a necessidade de instigar a cultura de avaliação dos gastos públicos e exigências do retorno desse investimento em forma de serviços verdadeiramente eficazes na melhoria da saúde da população.

Nessa perspectiva, convém considerar relevante, sobretudo, o processo de descentralização do SUS proposto na Constituição Federal de 1988. O novo arranjo federativo na saúde pública compreende avanços no movimento de descentralização político-administrativa, baseado na municipalização (CASTRO; MACHADO, 2010). Para Souza (2008), o SUS é legitimado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Seus princípios doutrinários são a universalidade, que é o acesso da população a qualquer serviço de saúde; a equidade, ou seja, igualdade de condições para uso dos diferentes níveis de complexidade do sistema e a integralidade, que compreende ações integrais e não fragmentadas. Esses princípios representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Nesse sentido, no que concerne à estruturação administrativa e à gestão pública do SUS, a sua organização é regida por cinco princípios, sendo eles: a regionalização e a hierarquização, a resolatividade, a descentralização, a complementaridade e a participação dos cidadãos. Os dois primeiros revelam que a rede de serviços do SUS deve ser aparelhada de forma que todas as regiões contem com serviços de saúde de diferentes níveis de atenção articulados a partir da sua hierarquização. Assim, permiti-se um maior conhecimento dos problemas de saúde em uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2008).

Já o terceiro princípio é definido como a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível exigido pela sua complexidade. Por outro lado, tem-se a descentralização que representa a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, alcançando até o nível municipal. Além desses, os outros princípios que tratam da participação dos cidadãos ou do controle social abarcam a garantia constitucional de que a população, por meio de entidades representativas, deverá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis de governo, desde o federal até o local. E, por fim, a complementaridade do setor privado está prevista quando se torna necessária a contratação de serviços privados para a complementação dos serviços públicos (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O movimento descentralizador do SUS foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 – NOB 01/93 – e, especialmente, da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 01/96. Esses instrumentos induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo, quais sejam: federal, estadual e municipal no que diz respeito à gestão, organização e prestação de serviços de saúde. Isso ocorre através da transferência de recursos, basicamente, financeiros, mas também físicos, humanos e materiais, do nível federal e estadual para os municípios (BRASIL, 1997; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Contudo, Faveret (2002) e Sobrinho e Espírito Santo (2013) explicam que o modelo brasileiro de pacto federativo possui uma característica de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas de governo. Por um lado, os estados e municípios demandam maior participação nas receitas públicas para a saúde, com excessiva ingerência da União sobre a autonomia do gasto público. Por outro lado, a União, em função de uma distribuição inadequada de encargos entre os níveis de governo e também de uma perda de receita decorrente da implementação de dispositivos constitucionais, promove uma recentralização fiscal e busca redefinir os rumos da descentralização das políticas, especialmente, as de caráter social.

A descentralização política e administrativa foi a tônica de muitas reformas políticas e de saúde pública, pois almejaram, em algum nível, reduzir o controle do centro do governo sobre as demais esferas. Diversos problemas são decorrentes desse processo. Como exemplo disso, tem-se a perda de capacidade de dirigentes eleitos em controlar as políticas, o que representa uma das principais limitações devido ao excesso de delegação de funções.

Também se verifica que a perda de coordenação de políticas e de controle sobre as organizações pode comprometer não apenas a capacidade de governar, como a própria função indutora almejada pelos reformadores.

Já a fragmentação de organizações na forma de agências descentralizadas afeta o controle político por dirigentes eleitos, que devem satisfação aos eleitores quanto às instituições que não governam, ou que têm um poder reduzido sobre elas. Por último, a complexidade organizacional decorrente não só compromete a transparência, como também facilita o poder de veto de múltiplos atores dentro das políticas e a captura, à medida que as organizações ficam muito afastadas do centro político (RIBEIRO; ALCOFORADO, 2016).

A questão do financiamento tem sido um dos maiores desafios no processo de implantação do SUS. Apesar de a escassez de recursos ser, por sua natureza, um problema permanente, outras questões de solução mais factível carecem de equacionamento. Entre elas, tem particular relevância a forma de participação federal no financiamento do SUS, dados o caráter descentralizado do sistema e a hegemonia fiscal da União (UGÁ *et al.*, 2003).

Diante disso, persistem, de um modo geral, três desafios no que se refere à descentralização. O primeiro remete à aparente inapetência do Ministério da Saúde – MS, particularmente, nos primeiros anos da década de 1990, ao não se preocupar com o poder. O outro desafio se concentra no fato de que é, no mínimo, difícil que o processo descentralizador ocorra com a mesma velocidade em todo o espaço geográfico nacional ou até mesmo que possa ser tratado de maneira uniforme. Isso porque em um país com a dimensão territorial como a do Brasil, o grau de desigualdades entre regiões e estados, assim como dentro de um mesmo estado entre municípios é elevado. Já o terceiro apresenta que os critérios aplicados para a distribuição dos recursos federais aos estados e aos municípios podem, segundo a maneira em que forem conduzidos, ser insuficientes para diminuir as iniquidades na alocação dos recursos públicos (UGÁ *et al.*, 2003).

Outro entrave se refere à questão partidária na gestão, havendo muitas vezes conflitos entre gestores, entre município e União. Ribeiro e Alcoforado (2016) explicam que muitos municípios e estados governados por diferentes partidos políticos competidores, como o Partido dos Trabalhadores – PT – e do Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB – introduziram inovações, com sucessos e fracassos variados, em torno das políticas de saúde e da gestão do SUS. Com isso, algumas mudanças foram desenvolvidas na provisão de serviços por meio de contratos de gestão, regimes de metas e incentivos associados a resultados e na adoção de estruturas autônomas de regulação de compras e contratações.

Quanto à organização do SUS, convém realçar que ela remete às políticas de Estado, o qual possui um compromisso e uma obrigação permanentes que não devem se submeter a interesses conjunturais de governos, partidos e corporações. Os governos responsáveis pela saúde no regime presidencialista brasileiro, embora se concentrem no nível Executivo, nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal, devem interagir com o Legislativo e serem fiscalizados pelo Judiciário e Ministério Público. Tendo como base a legislação, essas diferentes esferas devem se relacionar de forma solidária, harmônica ou pactuada, para cumprir políticas fomentadas na sociedade, articulando os diversos setores do Estado com o propósito de assegurar saúde e qualidade de vida para todos os usuários do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Assim, observa-se que o sistema público de saúde tem enfrentado obstáculos consideráveis nos últimos anos, apesar das indiscutíveis conquistas. Além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão, especialmente, no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde, como hospitais e serviços de APS. A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária são fatores no funcionamento dos serviços que comprometem a credibilidade do SUS. Isso, por sua vez, ocorre perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM; TEIXEIRA, 2007; RIBEIRO; BEZERRA, 2013).

Nesse panorama, todos os fatores dificultadores e entraves apresentados podem ser examinados sob a ótica dos conflitos de interesses. Segundo Burlandy *et al.* (2016), o processo político subjacente à construção das políticas de saúde, assim como de pactos, abrange conflitos de interesses de distintas naturezas, sobretudo, quando se trata de articular as ações de saúde com o crescimento e o desenvolvimento econômico. Sendo assim, os interesses dos diferentes setores governamentais, da sociedade civil e do setor privado, que em si são heterogêneos e caracterizados por conflitos internos, estão em constantes disputas, mesmo que possam convergir em determinadas situações.

A análise das políticas públicas de saúde indica como os potenciais conflitos de interesses podem influenciar o delineamento e o curso de implementação das ações governamentais. Essas ações mobilizam um volume expressivo de recursos públicos e envolvem interesses econômicos de larga escala. A partir disso, vale ressaltar que os conflitos em torno da apropriação de tais recursos podem permear todo o processo político. São disputados os próprios termos das políticas no que concerne, principalmente, às concepções

sobre os problemas e às justificativas para estabelecer certas medidas e não outras, dentre outros (PINHEIRO; CARVALHO, 2008; BURLANDY *et al.*, 2016).

Quanto ao conceito de conflitos de interesses, este vem sendo, amplamente, problematizado no cenário internacional. Mas, em âmbito nacional, são recentes as discussões relativas a esse assunto. No Brasil, a Lei nº 12.813, de 16/5/2013 (BRASIL, 2013a) e a Portaria Interministerial nº 333, de 19/09/2013 (BRASIL, 2013b) definem os conflitos de interesses como "uma situação provocada pelo confronto entre interesses públicos e privados, que pode comprometer o interesse coletivo ou afetar, de maneira imprópria, o desempenho da função pública". A esfera da ação pública ultrapassa as fronteiras dos aparatos estatais e das políticas governamentais. E são inúmeras as redes de políticas e de interesses que vinculam o setor privado comercial com organizações societárias e governos (BURLANDY *et al.*, 2016).

Nesse contexto, segundo Gomes (2015), as discussões acerca dos conflitos de interesses abarcam um amplo leque de questões que envolvem: a definição de interesse público e privado; as (im) possibilidades de que esses setores sejam tratados de forma tão distinta e dual (dada a privatização do público e os diferentes tipos de interesses que marcam os governos); as distinções do setor privado (com ou sem fins lucrativos; filantrópico; comercial) e, conseqüentemente, o que se denomina de conflito de interesse.

Levando-se em consideração a necessidade de evitar reducionismos analíticos decorrentes das categorizações no que concerne aos conflitos de interesses, coletivos políticos recomendam que o estudo de tais conflitos considere alguns aspectos relevantes. Dentre eles, está o fato de entender se os produtos, as práticas e as políticas institucionais desses setores ferem interesses, objetivos e princípios que orientam as ações e as políticas públicas, as quais são estabelecidas em cada contexto geopolítico-territorial (GOMES, 2015; CASTRO, 2015).

Desse modo, Paim e Teixeira (2007) ressaltam que é preciso examinar impasses e perspectivas para um sistema de saúde que se pretende universal, integral, descentralizado e democrático, cujo processo de institucionalização não está descolado da natureza do Estado, nem das características da sociedade brasileira. Com isso, percebe-se que o SUS passa por um processo de evolução com significativos avanços, mas também esbarra em sérios aspectos dificultadores de variada natureza, como os conflitos de interesses.

A gestão do SUS, sobretudo, em seu cunho financeiro municipal, é um dos principais nós críticos à sua plena consolidação. Tal realidade deve ser compreendida melhor, através de estudos, a fim de que a gestão dos recursos financeiros da saúde pública se torne mais clara para todos os envolvidos na busca de melhorias do SUS, com vistas a uma assistência à saúde que seja, realmente, integral e de qualidade para a população.

Os benefícios desta pesquisa aludem à geração de conhecimento científico sobre a gestão pública da saúde em Montes Claros – Minas Gerais (MG), Brasil. Almeja-se apresentar esclarecimentos e direcionamentos legais a respeito do fenômeno da retirada da gestão de saúde do município para o estado de Minas Gerais, com vistas às condutas mais apropriadas frente a situações dessa natureza. Espera-se que, assim, sejam fornecidos subsídios a uma melhor gestão do financiamento da saúde pública, a fim de que se preste uma assistência em saúde mais eficaz, eficiente e de qualidade à população, em conformidade com os princípios jurídicos da administração pública, bem como doutrinários e organizativos do SUS.

Nesse viés, surge o seguinte questionamento norteador deste estudo: quais os conflitos de interesses na gestão de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde?

Quanto ao objetivo geral, a pesquisa se concentra na análise da gestão pública, com ênfase na gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde. Já os objetivos específicos são:

- Contextualizar a gestão do Sistema Único de Saúde e os conflitos de interesses envolvidos;
- Verificar a gestão pública dos recursos do Sistema Único de Saúde em Montes Claros – Minas Gerais, Brasil;
- Detectar os conflitos de interesses envolvidos na gestão dos recursos públicos da área da saúde;
- Propor alternativas para a diminuição dos conflitos de interesses;
- Discutir a gestão pública dos recursos financeiros do setor saúde, sob a perspectiva do Direito Financeiro.

Para alcançar os objetivos desta investigação, realizou-se um percurso teórico-metodológico que deu origem aos capítulos subsequentes que compõem esta dissertação.

O primeiro capítulo é constituído pela presente introdução, na qual são apresentados, brevemente, os aspectos conceituais do SUS, bem como as dificuldades envolvidas em sua gestão e operacionalização. O segundo capítulo é uma revisão da literatura sobre o SUS, que se procedeu a uma contextualização histórico-conceitual. O terceiro capítulo concerne ao delineamento metodológico da pesquisa, tendo sido realizado um estudo de caso.

No quarto capítulo, é apresentado o Estudo de Caso, em si, sobre a gestão da saúde pública em Montes Claros e os conflitos de interesses envolvidos. Em seguida, o quinto capítulo se organizou mediante a uma contextualização sobre a gestão do SUS, os conflitos de interesses envolvidos e as possíveis estratégias para um melhor gerenciamento de tais conflitos. Por fim, no sexto capítulo há um estudo do Direito Financeiro, a fim de se

compreender os conflitos de interesses na gestão de recursos financeiros do SUS à luz das bases jurídicas.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma contextualização histórico-conceitual e administrativa

2.1 Sistema Único de Saúde: aspectos histórico-conceituais

Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi institucionalizado o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros através da criação do SUS. Essa mesma Constituição determina que compete ao Estado o dever de garantir a saúde mediante políticas públicas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, assim como o acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção, proteção, cura, recuperação e reabilitação (BRASIL, 1988).

O SUS é considerado como a política de maior inclusão social implementada no Brasil, apesar de ser uma política pública jovem com pouco mais de duas décadas e meia de existência. Não obstante, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de indubitável relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira (CARVALHO, 2013). Convém acrescentar que essa política pública é fruto de vários acontecimentos históricos dentro de um contexto político-social que conduziu para a maior conquista da sociedade, representada pela saúde como direito de todos e dever do Estado.

O SUS advém de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social e os avanços de ações são incontestáveis, mas enfrenta enormes desafios que devem ser superados (MENDES, 2011). Nesse aspecto, ele está em constante construção e, como tal, tem muitos desafios a serem enfrentados, quer seja de ordem financeira, operacional, estrutural ou de gestão. Há que se considerar que os ganhos obtidos em saúde não são permanentes nem cumulativos, sendo necessário protegê-los para consolidá-la como um sistema público universal e equânime que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira (MENDES, 2013).

Esse sistema se estrutura através de uma ideia ampliada de saúde. Em tal concepção, segundo Rey (1999), a saúde é um processo que o indivíduo ou grupo social é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar o ambiente, além de ser um dos recursos para a qualidade de vida. Tal conceito é positivo, à medida que enfatiza recursos sociais, pessoais e aptidões físicas. Trata-se de um estado caracterizado pelos seguintes aspectos: integridade anatômica, fisiológica e psicológica; capacidade de

desempenhar, pessoalmente, funções familiares, profissionais e sociais; e habilidade para tratar com tensões que possam prejudicar o bem-estar livre do risco de doença.

Dessa forma, a saúde é um estado de equilíbrio entre os seres humanos e os seus contextos de vivência, compatíveis com a plena atividade funcional. Como exemplo, tem-se a Declaração de Alma-Ata que, sendo formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, no Cazaquistão entre 6 e 12 de setembro de 1978, enfatiza que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Essa Declaração ainda destaca que a saúde é um direito humano fundamental, sendo a mais importante meta social do mundo.

Convém realçar que esse sistema deve atingir o acesso universal à saúde, entendido como a ausência de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas, geográficas e relacionadas aos gêneros no que concerne aos cuidados da saúde. Além disso, é necessário abarcar a cobertura universal de saúde, a qual é compreendida como a capacidade dos sistemas de saúde para atender as necessidades das populações em qualquer nível de cuidado. Isso, por sua vez, fornece infraestrutura, adequada capacidade de recursos humanos, além das tecnologias da saúde sem causar danos financeiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Para o atendimento dessas demandas, é preciso desenvolver ações globais, envolvendo diferentes atores (MARZIALE, 2016).

Em se tratando de cidadania representada pela saúde como direito de todos e dever do estado, o SUS representa a maior conquista do povo brasileiro, pois, a partir da efetivação deste sistema de saúde, ocorreu a inclusão social consolidada pela universalidade. A sua construção foi fruto de vários acontecimentos históricos dentro de um contexto político-social. Daí provém a necessidade de examinar o contexto social, histórico e político que se desenvolveu o sistema público de saúde brasileiro.

Embora o direito à saúde tenha sido, internacionalmente, reconhecido em 1948, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Brasil, ele só foi, expressamente, reconhecido a partir da Constituição da República de 1988. No Brasil, antes de 1988, o direito à saúde foi entendido como “direito à assistência em saúde”, e somente alcançou os trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho e seus familiares, isto é, somente foi estendido àqueles que, efetivamente, contribuíram para a Previdência Social. A partir daí, verifica-se que a maioria da população brasileira, por longas décadas, não teve acesso às ações de saúde, restando-lhe apenas contar com a assistência das “Casas de Misericórdia”, entidades filantrópicas que prestaram serviços de saúde aos mais carentes como mero favor, e não como forma de garantir um direito (CAMPOS; OLIVEIRA, 2014).

O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolveram, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, destacando as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde foi bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública, dirigidas à população não previdenciária, cujos usuários foram denominados como "indigentes". Os indigentes tiveram ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico, como as chamadas Santas Casas (BRASIL, 2003).

Essa divisão, profundamente, injusta do ponto de vista social, separou a população brasileira em cidadãos de primeira e segunda classe. Os primeiros são representados pelos contribuintes da previdência e tiveram, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema, um acesso mais amplo à assistência à saúde. Além disso, eles dispuseram de uma rede de serviços, constituída por prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Já os cidadãos de segunda classe representam o restante da população brasileira, como não previdenciários e tiveram um acesso bastante limitado à assistência à saúde, normalmente, restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais (BRASIL, 2003).

Tomando como base a assistência à saúde, a grande atuação do poder público se deu pela Previdência Social, a princípio, com o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – e depois com o INAMPS, autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações desenvolvidas pelo último, que é de caráter contributivo, beneficiaram apenas os trabalhadores da economia formal com “carteira assinada” e os seus dependentes, os quais são chamados de previdenciários. Vale destacar que não havia um caráter universal na atuação dessa autarquia.

O INAMPS aplicou nos estados, por intermédio de suas superintendências regionais, os recursos para a assistência à saúde de modo relativamente proporcional ao volume de beneficiários existentes. Essa assistência ocorreu por meio de serviços próprios, como postos de assistência médica e hospitais próprios, além de uma rede desintegrada de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados para a prestação de serviços (BRASIL, 2003).

No que se refere ao município, historicamente, encarregou-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de

cuidados básicos com ações coletivas limitadas às ações de vacinação, sendo o papel municipal articulado com outras unidades ambulatoriais mais complexas, quais sejam: as unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar. Também é importante considerar que, sempre, restou para as Secretarias Estaduais de Saúde, antigo INAMPS, e para o setor privado contratado, a execução da assistência no restante da rede nas cidades de maior porte. Com isso, as prefeituras municipais não se estruturaram para responder às demandas do setor de saúde de forma quantitativa e qualitativa. Atualmente, elas ainda apresentam insuficiências na capacidade gerencial e operacional (MAGALHÃES, 2001; AMORIN, 2012).

Os saberes e as práticas do campo da saúde se estruturaram em organizações que desenvolveram, tradicionalmente, ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e programas de saúde pública. Desde o início do século XX, os estabelecimentos, que são denominados postos e centros de saúde, têm sido responsáveis pelo trabalho no campo da saúde coletiva. As áreas que fazem parte de tais estabelecimentos são: a educação em saúde, o controle de doenças contagiosas e de vetores, o saneamento, as intervenções sobre o meio ambiente e prevenção de fatores de risco e a promoção à saúde. Quanto à assistência clínica, esta, por sua vez, se organizou, a partir da década de 1950, em hospitais da previdência social voltados para a atenção aos trabalhadores do mercado formal, cuja tarefa primordial foi o atendimento médico, especializado e individual, em termos de tratamento e reabilitação (CAMPOS, 2003).

A partir do início do século XX até a metade dos anos de 1960, houve predominância do modelo assistencial sanitarista campanhista, que corresponde à saúde pública tradicional com ações centradas em campanhas e programas especiais – verticais. Como exemplo disso, tem-se o controle da tuberculose e da hanseníase, catarata, saúde materno-infantil, com caráter, geralmente, temporário do tipo "bombeiro objetivando apagar incêndio". Ou seja, a ideia foi combater as epidemias, evoluindo, posteriormente, para o modelo médico-assistencial-privatista. Tal modelo predominou até a década de 1980, também chamado de hegemônico-hospitalocêntrico, voltado para o atendimento curativo centrado no hospital, na doença, no atendimento clínico individual, em equipamentos, exames e medicamentos (PAIN, 1999; BRASIL, 2007).

Todavia, os dois modelos não contemplavam a totalidade da situação de saúde. Eles concentraram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos em risco de adoecer ou morrer, assim como nas pessoas que procuraram o serviço por demanda

espontânea, cujo indivíduo na dependência do seu grau de conhecimentos e/ou sofrimento procura as instituições de saúde (PAIN, 1999; BRASIL, 2007).

O modelo médico-privatista contribuiu muito na conduta do trabalhador que, envolvido pelo estilo médico-centrado, transformou o usuário em paciente, objeto depositário de problemas de saúde, tratado de forma impessoal e descompromissada. Assim, a relação profissional-usuário foi coisificada por meio do empobrecimento da visão dos problemas, que passou a ser considerada em partes e não na sua universalidade (MERHY, 1997).

Como consequência dessa postura profissional, os usuários coisificados passaram a associar boa assistência ao uso de tecnologias duras, com exames cada vez mais complexos e medicamentos. Mas, desvalorizaram as tecnologias leves centradas nos atos humanos, como a escuta, o acolhimento e as relações interpessoais, cuja insatisfação está associada ao não atendimento de suas solicitações referentes a essas tecnologias duras. Isso porque a qualidade da assistência prestada passou a estar relacionada ao acesso a consultas médicas, exames, consultas especializadas e medicamentos (MENEZES *et al.*, 2007).

Sendo assim, no final da década de 1970, iniciaram-se esforços para a integração do sistema dualista. As ações foram, historicamente, dicotômicas entre os estabelecimentos hospitalares e curativos, de um lado, e as ações do campo da saúde coletiva e preventiva de outro lado. Porém, essa divisão não se deu apenas nas estruturas administrativas, pois a assistência médica hospitalar contou com vultosos recursos da máquina previdenciária, enquanto a saúde pública foi financiada por escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos provenientes de organismos internacionais (CAMPOS, 2003).

No período que compreendeu as décadas de 1970 e 1980, o modelo de saúde priorizou a assistência curativo-individual-hospitalocêntrica, não atendendo às necessidades da população de forma coletiva. Nesse modelo, houve o aumento dos gastos e a diminuição da arrecadação, além da incapacidade de atender ao grande número de indigentes excluídos do sistema de saúde. No mundo, começou a ocorrer um movimento em prol da saúde enquanto direito fundamental do homem e a APS como meio para atingir esse objetivo. Esse momento histórico foi eternizado pela Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, localizada no Cazaquistão (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

No Brasil, enquanto isso, ocorreram dois movimentos: o político e o sanitário que estiveram interligados, buscando garantir a cidadania com ênfase na saúde e enfoque não mais individual e sim coletivo. Almejou-se contemplar o processo saúde-doença no aspecto

positivo, promocional e preventivo na construção da medicina comunitária, constituindo a base político-ideológica da Reforma Sanitária (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a).

O movimento da Reforma Sanitária teve a participação de intelectuais, políticos e profissionais da saúde que buscaram a operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. A partir daí, houve vários projetos, como o Projeto Montes Claros – MOC, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde – PIASS, e algumas ações governamentais, como as Ações Integradas de Saúde – AIS – e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que contribuíram para a consolidação e criação do SUS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2007).

O SUDS foi implementado através da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Na verdade, o SUDS já foi uma tentativa de se fazer o SUS ainda sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar. Como sua implementação se deu por meio da celebração de convênio, a participação da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, do governo do Estado, foi opcional. Caso o Estado não concordasse em participar do SUDS, o INAMPS continuaria executando suas funções. Por um lado, isso significou um grande avanço, principalmente, pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal. Entretanto, por outro lado, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS que viria logo a seguir e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS (BRASIL, 2003).

Toda essa situação, marcada pela desarticulação dos serviços de saúde então existentes e os evidentes prejuízos à saúde da população decorrentes do modelo vigente naquela época, começou gerar no seio da comunidade de profissionais da saúde, de sanitaristas e da própria sociedade brasileira, um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação dos paradigmas do sistema de saúde. Dentro desse processo e como prenúncio das profundas mudanças que estavam por vir, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximaram sua ação de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública (BRASIL, 2003).

A Reforma Sanitária brasileira desenvolveu-se na década de 1970 e representou um movimento de enfrentamento aos modelos vigentes, tanto em relação à luta pela democratização, como pela ampliação dos direitos sociais. O resultado mais relevante desse movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa conferência lançou as bases para a criação de um sistema público de saúde, que definiu a universalidade da assistência e estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado (SCOREL, 1998).

Contudo, Fleury (2009) afirma que as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e a implantação, em 1988, do SUS, embora tenham sido consideradas avançadas e inovadoras, são consideradas tardias. Isso porque considera que, até a sua implementação, muitos direitos de cidadania foram negligenciados e a atenção à saúde foi privilégio apenas dos contribuintes. A Constituição Federal de 1988, ao assumir as propostas e os pleitos da VIII Conferência Nacional de Saúde e introduzir o conceito ampliado de saúde, definindo-o como direito cidadão, representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania vigentes até então.

O marco da democratização da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Ela contou com a participação dos vários segmentos da sociedade e definiu no relatório final três grandes referenciais, os quais balizaram o arcabouço jurídico por meio da Constituição Federal que são os seguintes:

- saúde como direito de todos e dever do Estado;
- saúde contemplada como resultante de fatores determinantes e condicionantes, tais como alimentação, educação, habitação, renda;
- a instituição de um sistema único fundamentado pelos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 2007).

A organização do SUS encontra-se fundamentada em princípios doutrinários ou filosóficos e em princípios organizativos, que estão descritos a seguir (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2001):

- Universalidade - garantia de saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado que provê as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- Integralidade - conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde tanto no âmbito preventivo quanto curativo, individual ou coletivo em todos os níveis de complexidade que a pessoa precisa, sendo compreendida como um ser em toda a sua totalidade.
- Equidade - tratar de forma desigual os desiguais, ou seja, pessoas com necessidades diferentes precisam de atenção diferente, contemplando uma discriminação positiva.
- Regionalização e hierarquização - a assistência à saúde prestada por meio de níveis crescentes de complexidade de forma articulada com fluxo de referência e contrarreferência circunscrita à determinada área geográfica, devendo o serviço ser prestado o mais próximo possível da residência do usuário.
- Descentralização e comando único - redistribuir o poder e a responsabilidade nas esferas de governo, pois quanto mais perto da população as deliberações forem

tomadas, maior a chance de dar certo; sempre levando em consideração a autonomia de cada esfera do governo e a soberana de suas decisões.

- Participação Popular - garantir a democratização das discussões e decisões em saúde por meio das instâncias colegiadas, conselhos e conferências de saúde que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

O SUS passa, então, a ser compreendido como a noção de sistema que diz respeito ao conjunto de várias instituições dos três níveis de governo e também do setor privado em caráter complementar. O termo único significa que todas as instituições prestadoras devem ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país, onde a saúde é concebida como qualidade de vida e direito à vida (BRASIL, 2001).

Mesmo com a criação do SUS pela Constituição Federal, foi necessário regulamentá-lo, formando o arcabouço jurídico por meio da Lei Orgânica da Saúde – LOS – nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições dos níveis de prevenção (promoção, proteção e recuperação da saúde) e da organização e funcionamento dos serviços de saúde. Também há a Lei nº 8142/90, que regulamenta duas questões fundamentais: a participação popular e as transferências intergovernamentais de recursos. Também foram instituídas as Normas Operacionais Básicas – NOB, que definiram as competências das esferas de governo e o papel de gestor juntamente com a habilitação dos municípios e estados no total de quatro: NOB/91, NOB/92, NOB/93 e NOB/96. Posteriormente, houve a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, a qual estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços, em busca de maior equidade e combate das iniquidades regionais (BRASIL, 2007; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2001).

Para Campos (2003), a prioridade atribuída à prevenção tem conotação política e leva em consideração a trajetória da atenção à saúde no Brasil e o texto constitucional busca resgatar a dívida do sistema de saúde diante da prevenção das doenças da população brasileira. Anteriormente, as organizações do setor dividiram suas ações em médico-assistenciais e preventivas, sendo oferecidas de maneira desigual. A ênfase dada à promoção da saúde é mais recente e não foi citada na votação da Constituição.

O primeiro desafio na busca do atendimento integral é reestruturar a forma dos distintos estabelecimentos e organizações do setor de saúde. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer em dois níveis: o institucional, que envolve a organização e articulação dos serviços de saúde; e o das práticas dos profissionais de saúde, em um processo de estruturação das práticas integrais de atenção à saúde.

Nessa perspectiva, segundo Mendes (2011), as Reformas Sanitárias continuam necessárias. Todavia, uma nova agenda deve se impor e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as desigualdades. As mudanças devem, portanto, ser feitas por meio de alguns grandes movimentos:

- da decisão baseada em opinião para a norteada em evidência;
- dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, para a atenção às condições agudas e crônicas;
- da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica;
- de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde por meio de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas;
- e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento focado na geração de valor para as pessoas.

2.2 Gestão do Sistema Único de Saúde

Para se compreender os atuais problemas e desafios do SUS, especialmente, no que concerne à sua dimensão político-administrativa, é fundamental entender os aspectos históricos e conceituais desse sistema. Além disso, também é preciso conhecer a sua organização e gestão. Assim, torna-se possível construir uma análise crítica de tais problemas e desafios. O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo: União, Estados e Municípios, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (BRASIL, 2003).

No item 2 da NOB/SUS 01/1993 relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado. Como é possível perceber,

todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS têm sido sistematicamente negociadas nessas comissões após amplo processo de discussão. Esse processo tem funcionado, assim, desde a entrada em vigor da Lei nº 8.080, contribuindo para que se alcançar a plena implantação do SUS (BRASIL, 2003).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003), os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. As funções gestoras no SUS podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde. Pode-se identificar quatro grandes grupos de funções (macrofunções) gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macrofunções compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro de macrofunção de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007).

No que se refere, especificamente, aos Estados, a condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde concede ao gestor uma maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, de modo particular, altera a forma de participação do Ministério da Saúde no financiamento do SUS. Nesse caso, os recursos relativos à assistência de média e alta complexidade sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde. Já aqueles referentes à Atenção Básica e os relativos à assistência de média e alta complexidade, sob gestão do município em Gestão Plena do Sistema, são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2007; KOERICH *et al.*, 2016).

A tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema. A Norma em vigor (NOAS/SUS 01/02), instituída pelo Ministério da Saúde, define duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base *per capita* para o financiamento das ações de atenção básica;
- Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (BRASIL, 2003; SOUZA *et al.*, 2011).

De acordo com Souza *et al.* (2011), o avanço da municipalização com responsabilidade voltada para a atenção à saúde da população ainda sofre mudanças a partir de interesses político-partidários. Daí provém a necessidade de avançar para a implicação dos profissionais de saúde, com vistas ao fortalecimento do SUS e do controle social. Também é preciso ressaltar que nesse processo o enfoque dado se voltou mais para a distribuição de recursos que impactaram na infraestrutura da organização dos serviços de saúde e, consequentemente, no acesso da população a esses serviços. Mas, ainda, é necessário vencer os conflitos de interesses políticos.

As leis e os decretos relativos a novas formas de financiamento e de gestão do sistema de saúde brasileiro possibilitam ao gestor municipal cumprir o preceito constitucional da integralidade. As mudanças na lógica de financiamento se basearam na promulgação da Norma Operacional Básica-96. A exigência de haver setores responsáveis por cada ação e atividades de controle e avaliação foram requisitos para a habilitação de municípios em gestão plena do sistema de saúde.

As resoluções concernentes à implantação, por um lado, do Piso Assistencial Básico – PAB – em seus componentes fixo e variável e, por outro, da Programação Pactuada da Epidemiologia e Controle de Doenças foram os principais mecanismos dessa mudança. Essa norma operacional básica permite que sistemas locais de saúde passem a dispor de recursos desvinculados da realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (CAMPOS, 2003; KOERICH *et al.*, 2016).

Dessa maneira, os sistemas passam a receber recursos globais, segundo alguns aspectos, como perfil populacional, indicadores sanitários e epidemiológicos, desigualdades regionais, metas de cobertura e desempenho. Passou a ser exigido do gestor o planejamento de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde, segundo a evolução de indicadores sanitários e epidemiológicos (CAMPOS, 2003).

O financiamento do SUS, por sua vez, é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo Estado. Para tanto, o gestor

estadual do SUS precisa agir de forma articulada com as duas outras esferas de governo, União e Municípios, e com as instâncias de controle social, que são representadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde. Quanto aos municípios, a relação do gestor estadual é de coordenação e avaliação, não havendo uma hierarquia entre ambos ou a subordinação dos municípios à Secretaria de Estado de Saúde. Isso resulta do modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal do comando único em cada esfera de governo (BRASIL, 2003).

Ademais, a relação com os municípios tem como espaço de negociação e decisão política a CIB, a qual contempla as decisões que devem ser tomadas por consenso. É recomendável que o próprio Secretário Estadual de Saúde participe da coordenação da Comissão Bipartite, já que se trata de um espaço político. Assim, as decisões sobre a condução do processo de implantação do SUS e, inclusive, quanto à alocação dos recursos federais, são tomadas por essa Comissão (BRASIL, 2003; KOERICH *et al.*, 2016).

Conforme Paim *et al.* (2011), o sistema de saúde brasileiro é financiado por meio de impostos gerais, contribuições sociais (impostos para programas sociais específicos), desembolso direto e gastos dos empregadores com saúde. O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. As demais fontes de financiamento são privadas, oriundas dos gastos por desembolso direto e daqueles realizados por empregadores.

Contudo, o financiamento do SUS não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado.

Como se trata de uma política de Estado, ao longo dos anos, criou-se dispositivos para garantir o financiamento no SUS, destacando-se, entre eles, a Emenda Constitucional nº. 29/2000, posteriormente, regulamentada pela Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Ela define os valores mínimos a serem aplicados, anualmente, pelos gestores em ações e serviços públicos de saúde, bem como os critérios de rateio dos recursos de transferências e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (BRASIL, 2012).

Após a edição dessa Lei, outros dispositivos foram implantados, objetivando a organização das formas de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Atualmente, está em vigor a composição por blocos de financiamento, tanto para custeio quanto para investimentos na rede de serviços de saúde (KOERICH *et al.*, 2016).

Todavia, Koerich *et al.* (2016) alertam que, embora exista regulamentação para a transferência de recursos para a saúde, isso não significa garantia do cumprimento eficaz e efetivo do dispositivo legal devido aos diversos obstáculos administrativos. Ademais, a regulamentação desejada para o orçamento do setor de saúde brasileiro resulta de um longo percurso de negociação política e econômica, cujo processo histórico e produção científica carecem de conhecimento.

Outra relevante e complexa dimensão da estrutura e gestão do SUS se refere à municipalização. Segundo Souza *et al.* (2011), diante da consolidação do SUS, muito se avançou no processo de municipalização, o que trouxe inúmeros benefícios para a gestão local. Isso contribuiu na implementação de ações e na adequação das políticas para as necessidades de saúde da população. No entanto, os desafios para a sua legitimidade e organização ainda são diversos, envolvendo aspectos políticos, financeiros, assim como conflitos entre as esferas de governo.

O município está mais próximo da realidade da população e, sendo assim, conhece de forma mais específica as suas demandas e necessidades. Com a consolidação desse processo, os municípios passam a ter como desafio a missão de conquistar uma assistência à saúde que considere as especificidades e as necessidades de cada região. Deve reestruturar toda a rede de atenção à saúde, notadamente a APS, trabalhando na promoção da saúde de seus munícipes e permitindo a solução dos problemas de saúde de forma mais resolutiva, integral e equânime. Porém, tem-se uma realidade de muitos municípios brasileiros que parece comum a insuficiência de recursos no setor, a precarização e defasagem dos direitos políticos e sociais dos trabalhadores e os problemas de saúde de diferentes complexidades resolutivas (SOUZA *et al.*, 2011).

Assim, cabe ao gestor municipal pactuar, por exemplo, a redução da prevalência de determinadas doenças ou o aumento da cobertura vacinal ou pré-natal. O processo de pactuação de metas de cobertura e desempenho e de repasse financeiro exige a participação dos conselhos municipais de saúde, que devem referendar e registrar em ata os compromissos assumidos pelos gestores municipais. Nesse caso, há uma maior transparência das ações do governo no setor. Em seguida, os pleitos municipais são submetidos à instância estadual, analisados para aprovação ou não, na CIB, que reúne o conselho de gestores municipais e a Secretaria de Saúde do Estado. O mesmo processo ocorre na esfera federal, na Comissão Intergestora Tripartite (CAMPOS, 2003).

Com as mudanças de modelos, os municípios estão se estruturando, com o intuito de se adequarem às novas diretrizes e aproveitarem as oportunidades de financiamentos

públicos, assim como de atendimento assistencial com qualidade, com foco nos usuários, cidadãos que possuem deveres e direitos a serem cumpridos. O SUS traz na sua concepção a diretriz da participação e do controle social e viabiliza, por meio das Conferências Nacionais de Saúde, que o povo brasileiro se manifeste, oriente e decida os rumos do sistema (OLIVEIRA, 2004; FERREIRA; PITTA, 2008).

Nesse processo, destacam-se os conselhos municipais de saúde como atores envolvidos na gestão municipal de saúde. Ao entender que um dos objetivos da participação popular no SUS é o controle social, faz-se necessário contextualizar esse conceito como parte intrínseca das políticas públicas para a saúde. Ele integra as proposições pela democratização do Estado e da busca de participação da sociedade nas políticas públicas. O exercício do controle e, portanto, da participação popular, acontece em várias instâncias da sociedade, como as associações profissionais da área, as associações dos usuários e o Ministério Público. Elas ocorrem, principalmente, através dos conselhos de saúde, que envolvem um grande número de cidadãos nas funções de fiscalizar e deliberar sobre o funcionamento do SUS em todo o país (OLIVEIRA, 2004).

O exercício do controle social pelos conselhos de saúde pode ocorrer através das funções deliberativa, fiscalizatória e consultiva, de maneira tripartite e paritária, ou seja, de acordo com a composição legal, que é invariável de cada conselho, seja em nível federal, estadual ou municipal. Nessa composição, os usuários devem ocupar 50% de suas vagas, enquanto os representantes dos trabalhadores da saúde (médicos, enfermeiros, funcionários técnico-administrativos, porteiros, motoristas, ou qualquer outro trabalhador) devem ocupar 25% das vagas, enquanto o gestor (governo) e os prestadores de serviços ao SUS os outros 25% (OLIVEIRA, 2004).

Está previsto ainda que os conselhos devem atuar de forma independente da instância executiva – secretarias municipais, estaduais ou Ministério da Saúde, exercendo as seguintes funções: fiscalizar o funcionamento e a aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde (função fiscalizatória); definir as políticas e as prioridades de saúde; avaliar e deliberar sobre o plano de saúde do gestor (função deliberativa) e avaliar ou opinar sobre convênios ou outras questões da saúde (função consultiva) (OLIVEIRA, 2004; SOARES; SANTOS, 2014).

A participação da comunidade constitui uma das diretrizes do SUS, sendo contemplada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Isso é uma forma de controle social, que possibilita à população, por meio de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde (BRASIL, 2001; LONGHI; CANTON, 2011).

Todavia, a simples participação nos espaços institucionais com uma concepção ainda imprecisa de cidadania pode levar os usuários do SUS a não resolverem suas reivindicações e a apenas cumprirem o papel de aprovadores de programas e pacotes ministeriais de financiamento para a saúde. Esse papel pode levar a negociações e acordos com o Estado que, muitas vezes, não condizem com as reais reivindicações que, historicamente, construídas, se tornaram bandeiras de luta dos militantes em saúde que acreditam numa saúde pública e de qualidade, conforme explicitada na Constituição Federal de 1988 e nas leis de saúde (LONGHI; CANTON, 2011).

Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), é preciso ir além, isto é, cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar por meio da execução de suas funções, ou ainda através da proposição que os cidadãos participam da formulação de políticas. Eles, também, intervêm em decisões e orientam a administração pública quanto às melhores medidas a serem adotadas, com o objetivo de atender aos legítimos interesses públicos.

A utilização dos movimentos sociais na luta por posições na hierarquia governamental no setor da saúde no Estado tem duas consequências. Essa atitude força a transformação das estruturas administrativas, com o intuito de ampliar o papel da sociedade no processo decisório, mas também permite que os líderes da sociedade civil fiquem engajados na elaboração dos projetos e na execução de políticas públicas. Com isso, eles perdem as suas ligações com a base social original.

Os três componentes da reforma da saúde foram identificados como: a constituição do corpo político; a formação de um quadro jurídico; e a competência na gestão da saúde, ou institucionalização. Embora esses componentes pertençam ao mesmo processo de reforma, suas diferentes trajetórias e seus movimentos em ritmos diferentes levam a um ciclo interminável de tensões e desafios (FLEURY, 2011).

Portanto, o essencial do processo de construção do SUS implica a mudança do modelo de atenção à saúde, em busca de efetividade, qualidade e humanização das relações entre prestadores de serviços e usuários, como parte de um processo mais geral de mudança nas concepções acerca da saúde e no desenvolvimento das práticas de saúde. E o SUS, para ser efetivo, implica em uma Reforma Democrática do Estado para torná-lo realmente público. O controle social instaurado através de conferências e conselhos, assim como a gestão participativa dele resultante, não tem sido suficiente para superar as amarras burocráticas, aparentemente, criadas para que ele não dê certo (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2007) alerta que uma das práticas que mais favorece a corrupção no setor público é a distribuição de cargos sem base em critérios

técnicos, visando apenas garantir "pedaços" da máquina pública a partidos políticos ou grupos constituídos, que transformam os cargos em balcões de negócios para a troca de favores ou apoio em futuras campanhas políticas. Isso se torna ainda mais grave quando acontece com serviços públicos dos quais depende a vida e a saúde das pessoas.

3 METODOLOGIA

O estudo seguiu um delineamento teórico, descritivo, exploratório, documental. Tratou-se de um estudo de caso, pois, conforme definido por Yin (2001), esse método se caracteriza como uma estratégia de pesquisa que viabiliza o entendimento dos fenômenos relacionados aos indivíduos, às organizações, aos aspectos sociais, políticos e de grupos, possibilitando discussões e debates.

Optou-se pelo estudo de caso, pois se constitui em metodologia de pesquisa consolidada que identifica aspectos gerais e possibilita evolução na construção de novos saberes. Essa estratégia de pesquisa é relevante, sendo, frequentemente, utilizada para realçar características e atributos da vida social, já que permite a descrição e o aprofundamento sobre uma dada realidade social delimitada no tempo e no espaço. O estudo de caso também é definido como estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa, praticamente, impossível mediante outros delineamentos (GIL, 2010).

Segundo André (2005), com o estudo de caso, é possível conhecer a particularidade e a complexidade de um caso singular, gerando um conhecimento mais concreto e contextualizado, voltado à interpretação do pesquisador e baseado em populações de referência determinadas por este. Esse método de pesquisa foi aplicado aos objetivos e ao assunto desta investigação, a qual teve como objeto de estudo a gestão dos recursos financeiros da saúde, incluindo o gerenciamento desses recursos em Montes Claros – Minas Gerais, Brasil.

Como o estudo avaliou a gestão dos recursos financeiros do SUS, incluiu-se com enfoque principal o município de Montes Claros. De acordo com a Superintendência Regional de Saúde – SRS – de Montes Claros/MG que abrange cinco Microrregiões, há um total de 53 municípios assim distribuídos:

- I) Microrregião de Janaúba/Monte Azul: Catuti, Espinosa, Gameleiras, Janaúba, Jaíba, Matias Cardoso, Mamonas, Mato Verde, Monte Azul, Nova Porteirinha, Pai Pedro, Porteirinha, Riacho dos Machados, Serranópolis de Minas, Verdelândia.
- II) Microrregião de Salinas/Taiobeiras: Berizal, Curral de Dentro, Fruta de Leite, Indaiabira, Montezuma, Ninheira, Novorizonte, Rio Pardo de Minas, Padre Carvalho, Rubelita, Salinas, Santa Cruz de Salinas,

Santo Antônio do Retiro, São João do Paraíso, Taiobeiras, Vargem Grande do Rio Pardo.

- III) Microrregião de Coração de Jesus: Coração de Jesus, Jequitaiá, Lagoa dos Patos, São João da Lagoa, São João do Pacuí.
- IV) Microrregião de Montes Claros/Bocaiúva: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento, Montes claros e Olhos D'água.
- V) Microrregião de Francisco Sá: Cristália, Botumirim, Capitão Enéas, Francisco Sá, Grão Mogol, Josenópolis (MINAS GERAIS, 2011).

No que concerne à região Norte de Minas Gerais, a sua área de abrangência compreende uma área territorial de 128.000 Km² e uma população de 1.548.933 habitantes. A densidade demográfica é de 11,9 hab./Km² e a população rural é relativamente alta, se forem consideradas as demais regiões de MG (MINAS GERAIS, 2011; MALACHIAS *et al.*, 2013). A territorialização da saúde nessa região compreende a SRS de Montes Claros e as Gerências Regionais de Saúde de Januária e de Pirapora, abrangendo 86 municípios distribuídos em nove microrregiões de saúde.

Quanto à área de abrangência da SRS de Montes Claros, destaca-se que ela é composta por cinco microrregiões e uma população de 1.038.437 habitantes, distribuídas em 53 municípios (MINAS GERAIS, 2011; MAGALHÃES; LIMA, 2012; MALACHIAS *et al.*, 2013). Do ponto de vista da ocorrência de doenças, as microrregiões da área de abrangência dessa superintendência apresentam um aspecto relativamente homogêneo e um dos principais problemas que afetam a saúde da população advém das doenças ligadas às deficiências no saneamento básico (MAGALHÃES; LIMA, 2012).

A macrorregião de saúde do Norte de Minas Gerais, ainda, é afetada por falhas na oferta de serviços de saúde (MAGALHÃES; LIMA, 2012). Alguns pontos de estrangulamentos são identificados na rede de atenção à saúde nessa região, como: difícil acesso de uma parcela considerável da população aos serviços de saúde, devido às longas distâncias a serem percorridas em busca de serviços mais complexos, à falta de informações sobre o serviço disponibilizado e à carência de profissionais de saúde mais qualificados nos serviços. Acrescenta-se, ainda, o longo tempo de espera para o diagnóstico de determinados agravos e doenças, o que pode ser fatal, dependendo da enfermidade; necessidade de mais recursos humanos qualificados; desumanização na assistência à saúde; falta de resolutividade nas unidades básicas de saúde, o que leva a população a buscar os prontos-socorros para

procedimentos que poderiam ser, facilmente, resolvidos em tais unidades (MARQUES, 2009; MAGALHÃES; LIMA, 2012).

A cidade de Montes Claros se situa como um pólo macrorregional que possui quatro hospitais de grande porte, um de médio e um de pequeno porte. Tais hospitais, além de atenderem à demanda de urgência e emergência de Montes Claros, também realizam os procedimentos referenciados de outros municípios, como o acolhimento de usuários que vêm, espontaneamente, em busca seja de uma simples consulta ou até de serviços mais complexos, como os de unidades de terapia intensiva. Montes Claros oferece, praticamente, todos os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade necessários à avaliação, ao diagnóstico e tratamento. Além disso, possui equipamentos de alta resolução para a execução de quase todos os processos disponibilizados pelo SUS, inclusive, transplantes (MAGALHÃES; LIMA, 2012; TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Há um sistema de regulação, quando os pacientes encaminhados por outros municípios são referenciados para os serviços de saúde de Montes Claros com todos os procedimentos pré-agendados. Como exemplo disso, tem-se a população do Sul do Estado da Bahia que, muitas vezes espontaneamente, também busca o atendimento dos serviços de saúde, principalmente, de média e alta complexidade. Porém, mesmo com esse sistema de regulação, frequentemente, observa-se o fenômeno da superlotação e da sobrecarga nos atendimentos em hospitais de Montes Claros (MAGALHÃES; LIMA, 2012).

Erroneamente, comenta-se que isso decorre da falta de serviços especializados nos diversos municípios da região, sobrecarregando, assim, o setor de saúde de Montes Claros. Contudo, esse fato é resultado da infraestrutura deficiente da própria cidade e dos demais municípios, além da falta de resolutividade dos serviços da APS e do não cumprimento da meta de atender 100% da população com a Estratégia de Saúde da Família – ESF – (MAGALHÃES; LIMA, 2012).

No que diz respeito a esta pesquisa, convém realçar o seu caráter documental, uma vez que foram consultados documentos impressos e em formato eletrônico. A fonte documental, segundo Marconi e Lakatos (2010), pode ser diversa e nela são utilizados documentos que, ainda, não receberam nenhum tratamento analítico e que podem ser encontrados em arquivos de órgãos públicos ou privados. Isso se constitui em fontes primárias. A pesquisa documental pode ser feita tanto no momento que o fato ocorre quanto posterior a ele, como ocorreu nesta pesquisa. As vantagens envolvem o fato de os documentos serem fontes ricas e estáveis de dados e de não haver a necessidade de buscar informações diretamente com sujeitos.

Nas etapas do estudo de caso, a orientação inicial deste método aponta para múltiplas fontes de evidência. A condução do estudo de caso pode incluir o uso de análise de documentos, análise quantitativa de dados registrados e observações de campo (YIN, 1993).

É válido esclarecer que a primeira etapa do estudo de caso foi equivalente à revisão de literatura, realizada a partir de artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde, em documentos públicos governamentais e em livros-textos do assunto em pauta. A partir dessa revisão, realizou-se uma contextualização do caso ocorrido em Montes Claros, enfocando a gestão do SUS, os conflitos de interesses envolvidos e as alternativas para um melhor gerenciamento de tais conflitos.

Na etapa seguinte, o estudo de caso versou sobre a gestão da saúde no referido município. A princípio, descreveu-se o processo de transição da gestão da saúde, realizada por parte do município, para o domínio da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais. Em seguida, efetuou-se uma análise sobre os gastos e investimentos financeiros, bem como sobre os procedimentos realizados, principalmente, no que tange aos serviços e procedimentos de média e alta complexidade, existentes nos hospitais de Montes Claros. No estudo, foram descritos resultados referentes ao período de 2013 a 2016. Essas instituições hospitalares prestaram assistência à saúde da população residente nos municípios da macrorregião Norte, cujas populações foram referenciadas e atendidas, regularmente, nos serviços de saúde de nível secundário e terciário de Montes Claros.

Para tanto, o material incluído nesta pesquisa foi oriundo de dados documentais referentes à gestão dos recursos financeiros da saúde, que foram obtidos em bases de dados de acesso público, como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/programa *Tab* para *Windows* – *TabWin*. Ressalta-se que todos esses dados são de acesso público à população e foram utilizados para fim descritivo-exploratório nesta pesquisa.

Ainda, efetuou-se um estudo sob a ótica do Direito Financeiro, com ênfase na gestão dos recursos financeiros públicos e seus reflexos na sociedade. Tal pesquisa foi realizada, em conformidade com os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

As pesquisas que envolvem seres humanos, direta ou indiretamente, apresentam riscos. Nesse caso, o pesquisador se comprometeu a suspender a pesquisa, imediatamente, ao perceber algum risco ou dano à saúde dos participantes da pesquisa, mesmo que se tratasse de

um estudo documental. Como o estudo é documental, o pesquisador dispôs de todo o cuidado necessário para manter o caráter ético e científico durante o manuseio e a coleta de dados. O acesso aos dados coletados foi permitido apenas aos pesquisadores identificados e que fizeram parte deste estudo, sendo, portanto, vetado o acesso aos dados a qualquer outra pessoa que não tivesse permissão formal para atuar nesta pesquisa.

Os autores da pesquisa conservam sob sua guarda os resultados com objetivo de pesquisa. As informações obtidas são usadas apenas para fins científicos. Os usuários do SUS a que se referem os documentos e os profissionais do setor responsáveis por tais arquivos têm sua identidade preservada, garantindo confidencialidade das informações fornecidas.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), instituição onde atua o autor desta dissertação como Professor da Educação Superior. A coleta de dados e etapas subsequentes somente foram efetuadas após a aprovação desse comitê, mediante o Parecer Consubstanciado nº 1.641.534/2016, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE – 57367116.2.0000.5146.

4 GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE: papel municipal ou estadual? Estudo de Caso em Montes Claros - MG

4.1 Descrição do Caso

Neste capítulo, elucida-se o caso ocorrido na gestão dos hospitais de Montes Claros que caracteriza uma situação marcada por importantes conflitos de interesses. De acordo com o princípio de descentralização, a gestão dos recursos financeiros de saúde aplicados ao município é de responsabilidade deste. Como exemplo disso, tem-se o caso da gestão de tais recursos em Montes Claros, que mantém acordos com municípios da macrorregião Norte através da Comissão Intergestores Bipartite, a qual representa uma modalidade de gestão e organização do SUS.

O município de Montes Claros caracteriza-se como ponto de referência para a realização de serviços de saúde de alta e média complexidade que são oferecidos à população de 86 municípios, da denominada Macrorregião de Saúde Norte /MG. Essa atribuição foi criada devido à habilitação do município na Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, fato que gerou uma responsabilidade na efetivação da garantia do acesso da população às ações e serviços de saúde.

Ademais, encargos como contratos de convênio, autorização de procedimentos e pagamentos foram realizados pela Secretaria de Saúde Municipal, a qual recebeu e administrou as verbas federais e estaduais que foram repassadas diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. Diante dessa aplicação dos recursos oferecidos à população, depreende-se que se concentraram na esfera municipal e dependeram da cooperação dos demais entes, os quais foram responsáveis por realizar de forma regular uma transferência obrigatória, visando ao subsídio dos dispêndios relacionados ao SUS.

Dessa maneira, no ano de 2011, o município de Montes Claros aderiu ao Programa Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências, de natureza federal e estadual. Na realização do contrato, houve a subscrição de um termo de compromisso que obrigou o município a repassar às entidades hospitalares relacionadas os recursos transferidos pela Secretaria Estadual de Saúde do estado de Minas Gerais. Isso com o intuito de ocorrer até o quinto dia útil após o recebimento, sob pena de instauração de Tomada de Contas e bloqueio no Sistema de Administração Financeira – SIAF.

Também, deve-se considerar o fornecimento de verbas para o município advindas de outros programas governamentais, como Rede Cegonha, Incentivo de Adesão à

Contratualização – IAC, Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG – PROHOSP – e Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências.

Diante dos recursos fornecidos pelo Estado e pela União, o município devia efetuar os repasses, garantindo a prestação dos serviços de saúde e dentro do permitido e previsto fiscalizar a aplicação. Contudo, ocorreu que, o município de Montes Claros, no ano de 2013, cessou a transferência dos repasses por ato do Chefe do Executivo Municipal. Tal ato foi justificado pelos autores devido à precariedade da prestação de serviços realizada pelos Hospitais que, aparentemente, utilizaram o dinheiro proveniente do SUS para auxiliar o pagamento de despesas, não fornecendo a atenção necessária ao atendimento público. Daí, a gestão, nesse período, verificou a necessidade de convocar as entidades, a fim de que estas assumissem as responsabilidades demandadas pelo SUS.

Em contrapartida, para os atores públicos e privados envolvidos na tratativa, criou-se a necessidade de realizar reuniões que envolvessem a discussão do não repasse em tempo hábil e em valores integrais, já que o mesmo não foi realizado desde o início do mandato. Em uma dessas reuniões, o prefeito, qualificado como aquele que efetuou, de fato, as deliberações concernentes à Secretaria de Saúde Municipal, esclareceu que a situação se fez de grande importância. Isso porque, conforme ele considerou, a saúde em Montes Claros há algum tempo apresentou problemas. Nesse caso, a solução proposta pelo prefeito foi racionalizar a forma de aplicação dos recursos financeiros.

A fim de atingir tal objetivo, foi necessário condicionar o repasse dos recursos retidos no Fundo Municipal de Saúde, à assinatura de um termo de compromisso que cobrou determinadas ações dos hospitais. Na hipótese de as mesmas não serem atendidas, o gestor municipal do quadriênio 2013-2016 sugeriu que o recurso financeiro retido no Fundo Municipal fosse devolvido ao Estado, para que a SES/MG realizasse, então, o repasse para os hospitais.

Essa medida, juntamente com a ação de reter recursos, foi decorrente da postura da administração em tencionar ser um agente fiscalizador. Nesse caso, vale classificar as atitudes mencionadas como uma cautela indispensável para garantir a correta aplicação de recursos referentes ao SUS. Já no início da gestão, entre os anos de 2013 a 2016, a administração criou uma secretaria de Combate à Corrupção, que se estendeu a uma comissão de fiscalização junto aos hospitais, a fim de tomar conhecimento da efetividade da prestação de serviços.

Todavia, na reunião já citada, as circunstâncias propostas foram rebatidas pela SES/MG, haja vista a realização de monitoramento pelo Estado, envolvendo o cumprimento

de metas por cada hospital. Além disso, a forma de condição apresentada entrou em desacordo com a Resolução SES/MG nº 2.884, de 20 de julho de 2011. Sendo assim, a Comissão Intergestores Bipartite fez um posicionamento a favor dos repasses em razão da sua substancialidade e urgência, bem como reprovou a condição proposta em virtude do monitoramento já realizado.

Mesmo diante disso, a prefeitura acordou com os hospitais da macrorregião novos termos de convênio. Seguiu, entretanto, sem realizar os repasses, argumentando depender de autorização legislativa para a celebração de convênios com entidades privadas. Caso tal ação fosse realizada sem autorização, os responsáveis incorreriam em crime de improbidade administrativa, como determina Lei Orgânica. Com a Lei sancionada, os termos do convênio poderiam ser firmados.

Tendo como base todo esse contexto, o gestor municipal, no mês de julho de 2013, inaugurou o seu próprio hospital denominado Hospital de Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira. Porém, essa questão não foi aprofundada, em razão da petição e contestação fornecerem informações totalmente distintas.

Na 50ª Reunião da ação institucional de mediação sanitária: Direito, Saúde e Cidadania sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, dentre os vários assuntos discutidos, encontrou-se em pauta a retenção dos recursos financeiros fornecidos pela União e Estado, ao município de Montes Claros em face dos hospitais beneficiados. Consoante o que constou na ata de reunião, recomendou-se ao prefeito e ao secretário de saúde que efetivassem a devolução imediata de todos os recursos financeiros retidos devidos aos prestadores hospitalares da cidade. Isso ocorreu sob pena de ajuizamento de ação de obrigação de fazer, cumulada com responsabilidades administrativas, civis e criminais.

Persistindo o quadro, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado de Minas Gerais expediram, em novembro de 2013, uma recomendação à União e ao Estado de Minas Gerais, a fim de que tomassem providências de forma solidária. Eles entenderam como benéfico para a assistência médico hospitalar que as verbas não continuassem sendo geridas pelo poder público municipal.

Então, a Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG – editou na data 07/11/2013 as deliberações: nº 1629/2013, nº 1630/2013 e 1631/2013, as quais determinaram que, respectivamente, as gestões dos Programas Rede Cegonha, Rede de Urgências e Emergências, PROHO-HOSP Macrorregional e Microrregional e a Rede de Respostas de Urgência e Emergências, passariam a ser

realizadas pela SES/MG, sendo as correspondentes verbas depositadas no Fundo Estadual de Saúde.

Em reunião realizada na prefeitura, o então prefeito declarou que os incentivos financeiros estaduais da rede de resposta às urgências retidos no município, desde o mês de maio de 2013, seriam repassados aos hospitais, desde que o contrato contemplasse todas as exigências e fosse assinado. Além disso, o prefeito propôs buscar a suspensão da deliberação CIB-SUS/MG nº 16929 de 07 de novembro de 2013, a fim de que o município pudesse continuar a gerir, plenamente, os recursos advindos do Estado e da União.

Após algum tempo, houve a quitação de parte do débito da administração municipal com os hospitais. A partir daí, foi necessário elaborar, em 20 de novembro de 2013, um contrato entre as partes citadas anteriormente, contendo diversas cláusulas, envolvendo o serviço médico hospitalar. Uma dessas cláusulas estipulou a implantação de leitos psiquiátricos em cada hospital, no prazo de 60 dias. Diante do não cumprimento do exigido por alguns hospitais, no dia 06 de abril de 2015, foram aplicadas as seguintes multas: R\$2.683.387,50 ao Hospital Santa Casa de Montes Claros; R\$ 1.031.225,01 ao Hospital Aroldo Tourinho e R\$ 1.138.337,40 ao Hospital Dilson Godinho.

Na ata de reunião realizada no dia 08 de julho de 2015, esteve presente a declaração do município concernente às multas realizadas. Diante da defesa da SES e COSEMS, que envolveu a retirada das multas sobre os hospitais, o município alegou a necessidade de realizar uma negociação, além de reconhecer a quantia aplicada proporcional às dívidas dos hospitais junto à municipalidade.

No início de 2015, o Ministério Público Federal e do Estado de Minas Gerais encaminhou ao Secretário Estadual de Saúde o Ofício nº 147/2015, que ratificou a recomendação de transferência da gestão das verbas realizadas em 2013. Pouco antes a tal acontecimento, a Federação das Santas Casas e hospitais Filantrópicos de Minas Gerais – FEDERASSANTAS – havia solicitado novamente a intervenção da SES/MG e do Ministério Público na conjunção conseguinte aos não repasses.

Depois de auditoria realizada no Fundo Municipal de Saúde de Montes Claros, a fim de apurar a veracidade dos relatos constantes no ofício mencionado anteriormente, apurou-se, em maio de 2015, que a Secretaria Municipal de Saúde promoveu uma retenção ilícita de verbas fornecidas pela União e Estado para o desenvolvimento do SUS local. Tais fatos foram submetidos aos membros da Comissão Intergestores Bipartite.

O prefeito, diante dos resultados provenientes da auditoria, tentou negociar com o Secretário Estadual de Saúde, requisitando por mais uma oportunidade de regularizar as

pendências. Posteriormente, ainda propôs publicamente a condição de realizar os repasses se houvesse o aporte de recursos novos e o remanejamento de parte das verbas para o Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira. Contudo, o MPF e o MP/MG expediram uma última recomendação, a fim de que o Ministério da Saúde e a Secretaria de estado de Saúde adotassem providências diante da continuada retenção de verbas.

Por fim, em 15 de julho de 2015, a Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais acatou as recomendações e decidiu, por unanimidade, que as verbas federais e estaduais do SUS, a partir de 01 de setembro de 2015, fossem depositadas no Fundo Estadual de Saúde e geridas pela SES/MG. Essa secretaria, por sua vez, foi encarregada de verificar o cumprimento de metas estabelecidas a cada hospital e o repasse direto aos prestadores de serviços hospitalares.

Antes de ocorrer tal fato e da gestão de verbas da saúde serem repassadas ao Estado, na administração do período 2013 a 2016, devido às retenções de recursos, os hospitais de Montes Claros enfrentaram sucessivos problemas no seu funcionamento e atendimento aos pacientes. Além disso, foram registradas contínuas queixas dos hospitais envolvidos, os quais, durante o período em questão, alegaram sofrer dificuldade e prejuízo em razão do sistema de gestão do então prefeito.

O Hospital Aroldo Tourinho que não conseguiu cumprir o contrato firmado com a prefeitura, envolvendo a instalação dos cinco leitos, declarou que a multa aplicada só agravou a situação da instituição. Isso porque essa já enfrentava um endividamento crescente, falta de medicamentos e materiais devido ao não pagamento dos fornecedores, além de ausência de profissionais para realização de procedimentos. Outro hospital que relatou os mesmos problemas foi a Fundação de Saúde Dilson Quadro Godinho, especificando grandes prejuízos na área correspondente à quimioterapia ambulatorial e nefrologia.

Por sua vez, o Hospital Santa Casa apresentou documentação comprobatória do endividamento criado pela instituição no período em que não ocorreram os repasses, provocando o endividamento, em determinada época, de quinze milhões de reais. Por outro lado, tem-se o Hospital Universitário Clemente de Faria que possui o SUS como sua única fonte de sustentação e foi um dos que se viu mais prejudicado. Apresentou muitos dos problemas citados pelas outras instituições, além de ter sido prejudicado por toda falta de assistência.

4.2 Caracterização dos Procedimentos e Gastos de Hospitais de Montes Claros – MG

Procedeu-se a uma caracterização dos dados referentes aos gastos, procedimentos e atendimentos das instituições hospitalares de Montes Claros – MG, principalmente, no que tange aos serviços e procedimentos de média e alta complexidade.

Observou-se que o Hospital Santa Casa de Montes Claros apresentou os valores financeiros mais elevados pelos serviços prestados realizados, quando comparado aos demais hospitais de Montes Claros (tabela 1).

Tabela 1 - Valor (R\$) dos serviços hospitalares por ano de atendimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013 a 2016.

Estabelecimento	Ano				Total
	2013	2014	2015	2016	
Hospital Santa Casa de Montes Claros	26.747.218,26	29.562.847,67	29.001.759,40	28.916.180,92	114.228.006,25
Hospital Aroldo Tourinho	13.335.988,35	13.750.549,11	13.068.164,92	11.174.850,17	51.329.552,55
Hospital Dilson Godinho	9.768.991,19	10.261.893,08	9.039.586,73	8.117.236,50	37.187.707,5
Hospital Universitário Clemente Faria	6.686.827,90	6.453.425,23	6.527.386,73	4.831.131,62	24.498.771,48
Hospital PRONTOSOCOR	1.386.434,05	1.572.106,90	1.601.528,88	1.653.725,91	6.213.795,74
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	249.154,69	225.542,55	—	474.697,24
Total	57.925.459,75	61.849.976,68	59.463.969,21	54.693.125,12	233.932.530,76

Fonte: TabWin, 2017.

O Hospital Aroldo Tourinho, seguido do Hospital Dilson Godinho, apresentou os maiores valores médios relativos à internação, no período de 2013 a 2016 (tabela 2).

Tabela 2 - Valor médio (R\$) de internação por ano de atendimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013 a 2016.

Estabelecimento	Ano			
	2013	2014	2015	2016
Hospital Santa Casa de Montes Claros	1.905,28	1.944,49	1.876,29	1.808,17
Hospital Aroldo Tourinho	2.334,29	2.355,21	2.528,33	2.436,12
Hospital Dilson Godinho	2.368,98	2.277,12	2.429,19	2.494,77
Hospital Universitário Clemente Faria	981,50	989,92	959,56	936,42
Hospital PRONTOSOCOR	807,04	1.005,85	1.116,56	953,30
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	443,74	406,41	—

Fonte: TabWin, 2017.

Quanto ao valor total estratificado por complexidade e estabelecimento, o Hospital Santa Casa foi responsável pela maior quantidade dos gastos em todos os anos do período avaliado (tabela 3 a tabela 6).

Tabela 3 - Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013.

Estabelecimento	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	17.727.710,00	15.673.587,90	33.401.297,90
Hospital Aroldo Tourinho	8.525.485,85	8.640.355,02	17.165.840,87
Hospital Dilson Godinho	2.326.565,45	8.614.089,01	10.940.654,46
Hospital Universitário Clemente Faria	8.541.830,80	235.258,81	8.777.089,61
Hospital PRONTOSOCOR	1.584.755,71	—	1.584.755,71
Total	38.706.347,81	33.163.290,74	71.869.638,55

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 4 - Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2014.

Estabelecimento	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	18.727.923,05	17.761.720,30	36.489.643,35
Hospital Aroldo Tourinho	7.749.658,37	8.569.897,38	16.319.555,75
Hospital Dilson Godinho	2.802.274,23	9.517.890,89	12.320.165,12
Hospital Universitário Clemente Faria	7.940.886,12	245.598,28	8.186.484,40
Hospital PRONTOSOCOR	1.902.363,85	—	1.902.363,85
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	421.274,88	—	421.274,88
Total	39.544.380,50	36.095.106,85	75.639.487,35

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 5 - Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2015.

Estabelecimento	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	20.524.675,44	17.055.721,79	37.580.397,23
Hospital Aroldo Tourinho	8.515.200,03	9.656.219,81	18.171.419,84
Hospital Dilson Godinho	3.084.835,46	8.714.429,34	11.799.264,80
Hospital Universitário Clemente Faria	7.953.685,30	133.743,39	8.087.428,69
Hospital PRONTOSOCOR	1.903.450,74	—	1.903.450,74
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	378.434,29	—	378.434,29
Total	42.360.281,26	35.560.114,33	77.920.395,59

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 6 - Valor total (R\$) por complexidade segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2016.

Estabelecimento	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	22.436.244,33	18.617.480,41	41.053.724,74
Hospital Aroldo Tourinho	7.438.099,91	7.045.005,54	14.483.105,45
Hospital Dilson Godinho	2.749.347,21	8.396.540,66	11.145.887,87
Hospital Universitário Clemente Faria	8.458.410,96	126.921,63	8.585.332,59
Hospital PRONTOSOCOR	2.016.958,48	397,38	2.017.355,86
Total	43.099.060,89	34.186.345,62	77.285.406,51

Fonte: TabWin, 2017.

Os procedimentos cirúrgicos e o Hospital Santa Casa de Montes Claros concentraram, em todos os anos investigados, a maior quantidade dos valores gastos no SUS (tabela 7 a tabela 10).

Tabela 7 - Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013.

Estabelecimento	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	30.732,71	8.248.513,10	20.321.057,09	4.800.995,00	33.401.297,90
Hospital Aroldo Tourinho	32.191,46	4.292.638,47	4.292.638,47	5.832,14	17.165.840,87
Hospital Dilson Godinho	4.903,72	2.209.720,38	8.724.350,36	1.680,00	10.940.654,46
Hospital Universitário Clemente Faria	1.906,66	4.513.862,86	4.261.320,09	—	8.777.089,61
Hospital PRONTOSOCOR	—	1.507.988,57	76.767,14	—	1.584.755,71
Total	69.734,55	20.772.723,38	46.218.673,48	4.808.507,14	71.869.638,55

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 8 - Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2014.

Estabelecimento	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	33.775,14	8.553.199,08	23.311.917,30	4.590.751,83	36.489.643,35
Hospital Aroldo Tourinho	5.901,37	4.175.148,54	12.086.290,84	52.215,00	16.319.555,75
Hospital Dilson Godinho	26.708,25	2.616.923,04	9.621.493,83	55.040,00	12.320.165,12
Hospital Universitário Clemente Faria	1.570,61	4.494.326,13	3.690.587,66	—	8.186.484,40
Hospital PRONTOSOCOR	—	1.741.659,31	160.704,54	—	1.902.363,85
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	—	421.274,88	—	421.274,88
Total	67.955,37	21.581.256,10	49.292.269,05	4.698.006,83	75.639.487,35

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 9 - Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2015.

Estabelecimento	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	76.512,03	9.840.248,33	23.082.012,07	4.581.624,80	37.580.397,23
Hospital Aroldo Tourinho	25.648,17	4.271.230,43	13.853.751,24	20.790,00	18.171.419,84
Hospital Dilson Godinho	27.538,06	2.354.339,34	9.386.457,40	30.930,00	11.799.264,80
Hospital Universitário Clemente Faria	5.316,10	4.380.184,42	3.701.928,17	—	8.087.428,69
Hospital	—	—	—	—	—

PRONTOSOCOR		1.762.955,34	140.495,40		1.903.450,74
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	—	378.434,29	—	378.434,29
Total	135.014,36	22.608.957,86	50.543.078,57	4.633.344,80	77.920.395,59

Fonte: TabWin, 2017.

Tabela 10 - Valor total (R\$) por grupo de procedimento segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2016.

Estabelecimento	Procedimentos com finalidade diagnóstica	Procedimentos clínicos	Procedimentos cirúrgicos	Transplantes de órgãos, tecidos e células	Total
Hospital Santa Casa de Montes Claros	99.924,29	10.628.930,25	26.120.710,18	4.204.160,02	41.053.724,74
Hospital Aroldo Tourinho	4.838,37	4.254.962,76	10.171.014,44	30.895,00	14.483.105,45
Hospital Dilson Godinho	4.838,37	2.601.764,15	8.526.010,35	13.275,00	11.145.887,87
Hospital Universitário Clemente Faria	2.188,28	4.814.672,34	3.768.471,97	—	8.585.332,59
Hospital PRONTOSOCOR	—	1.829.674,32	187.681,54	—	2.017.355,86
Total	133.184,19	24.130.003,82	48.773.888,48	4.248.330,02	77.285.406,51

Fonte: TabWin, 2017.

Quanto ao número de internações por ano, o Hospital Santa Casa de Montes Claros, também, foi o responsável pela maior quantidade de internações (tabela 11).

Tabela 11 - Internações por ano de atendimento segundo o estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013-2016.

Estabelecimento	Ano				Total
	2013	2014	2015	2016	
Hospital Santa Casa de Montes Claros	17.995	19.349	19.877	20.657	77.878
Hospital Aroldo Tourinho	7.253	7.418	6.547	5.740	26.958
Hospital Dilson Godinho	5.040	5.517	4.504	3.983	19.044
Hospital Universitário Clemente Faria	8.955	8.586	9.026	6.668	33.235
Hospital PRONTOSOCOR	1.986	1.879	1.711	2.052	7.628
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	988	889	—	1.877
Total	41.229	43.737	42.554	39.100	166.620

Fonte: TabWin, 2017.

Já no Hospital Aroldo Tourinho, observou-se as maiores médias de permanência de internação (tabela 12).

Tabela 12 - Média de permanência (em dias) por ano segundo estabelecimento. Montes Claros – MG, 2013-2016.

Estabelecimento	Ano				Total
	2013	2014	2015	2016	
Hospital Santa Casa de Montes Claros	5,3	5,3	5,2	4,6	5,2
Hospital Aroldo Tourinho	7,1	6,8	7,1	6,5	6,8
Hospital Dilson Godinho	5,5	5,3	5,6	5,5	5,5
Hospital Universitário Clemente Faria	6,3	6,8	6,5	6,4	6,4
Hospital PRONTOSOCOR	4,9	4,9	4,9	4,6	4,9
Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira	—	0,2	0,4	—	0,3
Total	5,8	5,7	5,7	5,3	5,7

Fonte: TabWin, 2017.

5 O CASO DE MONTES CLAROS NO CONTEXTO DOS CONFLITOS DE INTERESSES ENVOLVIDOS NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este capítulo contextualiza o caso do gerenciamento dos recursos financeiros públicos de saúde de Montes Claros, considerando os impasses e os desafios existentes na gestão do SUS, bem como os conflitos de interesses envolvidos nesse cenário. Isso porque a análise de um sistema de saúde deve ser iniciada pela lógica da sua estruturação e funcionamento. Além disso, é preciso avaliar as articulações institucionais de acordo com as qualificações em relação à população assistida, o modelo assistencial implementado e, principalmente, as formas de financiamento adotadas (ELIAS, 1996).

De forma equivalente a sistemas de saúde em todo o mundo, o SUS está vivenciando uma crise provocada pela incoerência entre as condições de saúde e o modelo de assistência à saúde. Tal modelo está, por sua vez, voltado às doenças agudas que é reativo, episódico, focado na patologia e considera o usuário como um agente passivo diante dos cuidados de sua saúde. Esse desequilíbrio ocorre devido ao fato de o país viver, atualmente, um panorama de saúde que concilia uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica expressa por uma tripla carga de doenças com persistência de doenças infecciosas e carenciais. Isso representa um aumento importante de causas externas e uma predominância das condições crônicas degenerativas (ESCOREL, 1998; MENDES, 2010; MENDES, 2012).

Contudo, apesar desse quadro epidemiológico, o modelo de atenção à saúde do SUS ainda se caracteriza, à semelhança de quase todos os sistemas de saúde universais, pelo atendimento às condições agudas. Esse modelo de atenção à saúde não se presta para responder, com eficiência e efetividade, a uma situação epidemiológica marcada pelo predomínio relativo das condições crônicas. Com isso, tem-se uma grave crise que é representada pela incoerência entre a situação de saúde do Brasil e a resposta social organizada para responder a essa situação (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a crise fundamental do SUS é fruto da divergência entre a velocidade acelerada com que evoluem os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica), além da morosidade de crescimento dos fatores internos que representam a resposta adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança e organização dos recursos) (MENDES, 2010).

Outro grave nó crítico na gestão do sistema de saúde brasileiro engloba os sistemas fragmentados de atenção à saúde, pois prevalece a visão de uma estrutura hierárquica definida por níveis crescentes de complexidade e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis, o que caracteriza uma hierarquia. Essa concepção de sistema hierarquizado torna-se vigente no SUS.

O sistema público brasileiro de atenção à saúde organiza-se, segundo suas normativas, em atenções básica, de média e alta complexidades. Tal visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais, uma vez que se fundamenta em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a APS seja menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. O conceito distorcido de complexidade traz a banalização da APS e a sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que exigem maior densidade tecnológica nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2013).

O imprescindível incremento dos recursos públicos para a saúde no Brasil, para produzir impacto sanitário, tem de vir junto com reformas profundas no SUS. Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e devem operar em coerência com a situação de saúde dos usuários. Tal situação tem sido transformada e, hoje, é marcada por uma transição demográfica acelerada e expressa por uma situação de tripla carga de doenças, quais sejam: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Convém realçar que essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde fragmentado, reativo e focado no enfrentamento de condições agudas e de agudizações de condições crônicas (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Por isso, há que se restabelecer coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. A implantação de tais redes convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde, até então, praticado no SUS. Também aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas – algumas experiências com sucesso em outros países, que devem e podem ser adequados à realidade do sistema público brasileiro (MENDES, 2011).

No que se refere ao financiamento das redes, este envolve os seguintes aspectos: o custeio com foco em mecanismos de pagamento para cobrir as necessidades e as demandas de saúde da sua população; o investimento na compatibilização da capacidade física com as necessidades e as demandas da população; a racionalização da estrutura operacional de acordo com a capacidade fiscal e financeira, em consonância com o planejamento estratégico de investimentos para a rede. O financiamento dos componentes das redes de atenção à saúde abrange o custeio e alinhamento dos incentivos econômicos, favorecendo uma responsabilização compartilhada entre todos esses componentes. Mas, também, envolve o investimento, o direcionamento para os serviços de saúde, feitos segundo o plano estratégico, contemplando os princípios de economia de escala e de escopo em consonância com a qualidade (MENDES, 2011).

O movimento universal em busca da construção de redes de atenção à saúde está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. As experiências provenientes de vários locais, como Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina e Brasil constataam que essas redes melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011; CARVALHO, 2013).

Diante de tais desafios, o sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, porque favorece o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente, nos casos que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a relevância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e a premência da inclusão social.

Ademais, há que se destacar que a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política. E, por outro lado, requer a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, enfatizando uma lógica de cooperação e complementação que permita um melhor gerenciamento dos conflitos de interesses (BRASIL, 2003; FLEURY, 2011).

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área que está relacionada aos seguintes fatores:

- múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos;
- diversidade das necessidades de saúde em uma população;
- diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades;
- capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las;
- interesses e pressões do mercado na área da saúde que – no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros, frequentemente, tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania (BRASIL, 2003).

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque devido às suas implicações para a área da saúde. A primeira remete ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (ELIAS, 1996; BRASIL, 2003).

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro, ainda, se encontra de certa forma "em construção", uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do país ainda é, relativamente, recente (ESCOREL, 1998; BRASIL, 2003).

Originalmente, a luta por um modelo novo e abrangente de proteção social teve um componente de mobilização social favorável à ampliação dos direitos sociais, como parte da transição para um regime democrático. A singularidade de um projeto de política social concebido por movimentos sociais e a forte associação desse projeto com a transformação do Estado e da sociedade em uma democracia acrescentaram algumas características importantes ao sistema brasileiro de seguridade social, incluindo pensões, saúde e assistência social.

O novo modelo constitucional de política social apresenta as seguintes características: universalidade da cobertura; reconhecimento dos direitos sociais; afirmação dos deveres do Estado; subordinação das práticas privadas aos regulamentos com base na relevância pública das ações e serviços nessas áreas, com uma abordagem orientada para o público – ao invés de uma abordagem de mercado – de cogestão pelo governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada (FLEURY, 2011).

Uma característica importante da seguridade social, no Brasil, se situa no componente de uma vigorosa reforma do Estado, tendo como base o redesenho das relações

entre as entidades federadas e participantes institucionalizados e do controle social por mecanismos de negociação e consenso, envolvendo os governos municipais, estaduais e federal. O federalismo remodelado assume a responsabilidade maior na transferência das políticas sociais para as autoridades locais. Os sistemas de proteção social têm adotado o formato de uma rede integrada e descentralizada, com um comando político e financeiro em cada nível de governo e com as instâncias deliberativas da democracia que garantem a igualdade de participação da sociedade organizada no âmbito destes níveis (FLEURY, 2011).

Quanto à área jurídica, é importante considerar a interface com a área administrativa, em decorrência dos dispositivos legais, especialmente, a Lei Federal nº 8.666/93, para a gestão de material e a gerência de contratos e convênios. Essas bases jurídicas atuam preventivamente quanto às irregularidades na prestação de contas ao Conselho de Saúde, ao Tribunal de Contas e aos órgãos e entidades transferidores de recursos.

No que diz respeito à área financeira, o entrosamento é essencial, pois se inicia com a elaboração do orçamento anual até à compatibilização orçamentária e financeira, que é determinante para o saldo final dos resultados. Uma desarticulação pode ocasionar falta de recursos mínimos a projetos prioritários e, ao mesmo tempo, deixar recursos disponíveis sem utilização, além do aspecto contábil para a regularidade da prestação de contas e acerto dos repasses financeiros de convênios específicos (MAGALHÃES, 2001; AMORIN, 2012).

Nos últimos anos, a agenda do SUS tem sido constrangida e empobrecida por uma fixação desproporcional na questão do volume de financiamento. É certo que o SUS opera com um significativo subfinanciamento e que necessita de mais recursos financeiros. Porém, como se constata, crescentemente, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, o simples incremento dos recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde (FERREIRA; PITTA, 2008; MENDES, 2011).

No campo da saúde, questões polêmicas ficaram para serem regulamentadas em lei complementar. Por ser um campo importante de atividade econômica, que apresenta disputas e embates entre diferentes interesses, incluindo os conflitos de interesses, principalmente, no âmbito do executivo e do legislativo federal, as regulamentações na saúde se arrastaram durante anos, décadas, e se arrastam até os dias atuais. Já se processaram mais de sete dezenas de emendas à Constituição Federal e mais de oito dezenas de regulamentações. Também, por meio de lei complementar, foram editadas, restando, ainda, cerca de 30% dos dispositivos constitucionais a ser regulamentados (SOARES; SANTOS, 2014).

O texto genérico, presente na Constituição Federal para o financiamento do SUS, conforme § 1º do artigo 198, define que o SUS será financiado, nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988). Posteriormente, esse texto foi alterado pela Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000) que remeteu à definição do percentual a ser aplicado pela União na saúde para a legislação infraconstitucional. No entanto, essa emenda foi aprovada somente em janeiro de 2012, através da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012), que, entre outras coisas, não fixou percentual a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde, o que também propiciou o subfinanciamento do SUS (LONGHI; CANTON, 2011; SOARES; SANTOS, 2014).

Segundo Soares e Santos (2014), se a materialidade da política de saúde, no Brasil, pode ser vista a partir do comportamento dos gastos em saúde, observou-se um alinhamento de política, no que se refere ao financiamento, nos governos de FHC e Lula e a mesma tendência no governo Dilma. No âmbito Federal, os governos do PT não foram diferentes dos governos do PSDB. A tendência de queda acentuada da participação proporcional do governo federal nos gastos com saúde se manteve ao longo de todos os anos. O percentual do gasto público *per capita*, em relação ao total gasto, esteve situado num patamar que não condiz com um sistema universal de saúde, estando distante de sistemas semelhantes, como ocorre em alguns países da Europa e próximo do sistema privado americano.

Ainda, o SUS herdou uma rede de saúde que representa desafios para a assistência integral: um grande número de centros e postos de saúde, enfrentando restrições orçamentárias, soluções de continuidade na reposição de recursos humanos. Tais serviços acabam sendo colocados em segundo plano diante da rede hospitalar. E o sistema de financiamento para as ações municipais associa-se ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais efetuados por produção de consultas, exames e internações, como observado na análise dos gastos e procedimentos hospitalares de Montes Claros. O Brasil dispõe, atualmente, de uma rede de saúde centrada na produção de procedimentos médicos e diagnósticos, pouco integrada e mal distribuída segundo as regiões. No entanto, o processo de municipalização da saúde brasileira possibilita perspectivas de melhoria, uma vez que é resultado da participação das comunidades e dos movimentos sociais. E, como tem sido denominada, a atenção básica passou a ser mais discutida e priorizada pelos gestores da área (CAMPOS, 2003).

Sendo assim, Amorin (2012) ressalta que o necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que possam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. O sistema de pagamento por procedimentos sinaliza para os prestadores de serviços que ofereçam mais serviços, cada vez mais caros, para maximizar seus ganhos. Esse sistema de incentivos é perverso, porque estimula os prestadores a oferecer, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao mesmo tempo em que os desincentiva a ofertar intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de saúde.

Esse desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamento explica o fato de diversos procedimentos de saúde ofertados serem desnecessários do ponto de vista sanitário. Uma necessária regulamentação da Emenda 29, que é insuficiente para garantir uma atenção pública universal e de qualidade, sem o alinhamento dos incentivos econômicos através da superação do sistema de pagamento por procedimentos e sem a alteração dos modelos de atenção à saúde praticados no SUS, fará com que esses recursos adicionais sejam apropriados por prestadores de serviços na política da saúde, sem que gerem valor para os cidadãos (AMORIN, 2012).

Toda essa situação também é observada na atenção hospitalar no Norte do Estado de MG, principalmente, na cidade pólo de Montes Claros.

Dados do Banco Nacional do Desenvolvimento – BNDES – indicaram que os hospitais dispuseram de baixíssima capacidade gerencial. Em geral, não houve programas de qualidade utilizados, rotineiramente, nos hospitais. Esse quadro hospitalar no SUS, no Estado de Minas, não esteve bem diagnosticado. A crise foi respondida por medidas tópicas destinadas a apoiar alguns poucos hospitais de maior prestígio político, por meio de convênios realizados em função de repercussões midiáticas da crise hospitalar, especialmente, na capital do Estado (MENDES, 2011).

O diagnóstico provocou a formatação, pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2003, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais – PROHOSP. Esse programa foi proposto em consonância com o "Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado" que identificou quatro grandes problemas no Estado que deveriam ser respondidos pela implantação de RAS: a mortalidade infantil e materna elevada, a “Rede Viva Vida”; a mortalidade elevada por doenças cardiovasculares e diabetes, a “Rede Hiperdia”; a mortalidade elevada por causas externas, a “Rede de Urgência e Emergência”; e o rápido envelhecimento da população, a “Rede Mais Vida”, de atenção às pessoas idosas.

Cada uma dessas redes deveria articular as ações de APS, secundária e terciária, de forma integrada. Os objetivos do PRO-HOSP seriam: fortalecer uma rede hospitalar pública socialmente necessária; aumentar a eficiência da atenção hospitalar; adensar tecnologicamente a atenção hospitalar; superar os vazios assistenciais hospitalares; atender às pessoas em suas regiões de origem; desenvolver a capacidade gerencial dos hospitais; diminuir as diferenças regionais da oferta por meio de financiamento equitativo e melhorar a qualidade dos serviços prestados (MENDES, 2011).

Sendo assim, observa-se que a atenção terciária no SUS inclui procedimentos de alto custo, realizados, predominantemente, por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. Como ocorre em vários outros sistemas de saúde em todo o mundo, os desafios da assistência hospitalar, no Brasil, incluem o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas.

Vale destacar que o sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência. No entanto, existem no SUS políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo, por exemplo: o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos; e para algumas especialidades, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos que estão sendo organizadas na forma de redes (PAIM *et al.*, 2011).

Por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, e em âmbito colegiado, os estados tornaram-se responsáveis pelo planejamento das parcelas dos recursos gastos pelos municípios na esfera de ação da média e da alta complexidade. Tais parcelas consideraram a proporção da população local, a população de referência, os polos de atendimento regional com procedimentos de alto custo e alta complexidade, as áreas de abrangência e o limite financeiro de custos (FERREIRA; PITTA, 2008; KOERICH *et al.*, 2016).

As barreiras de acesso à oferta de serviços de média e alta complexidade no SUS, no entanto, continuaram, e continuam presentes, especialmente, pela falta de investimento nesse nível de atenção à saúde. O papel complementar que o setor privado deveria apresentar para o SUS passou a ser discutível, uma vez que o atendimento das necessidades de serviços de saúde esteve atrelado à oferta daquele setor. Assim, o acesso à média e alta complexidade revelou-se um dos pontos de maior estrangulamento do SUS (KOERICH *et al.*, 2016).

Conforme Paim *et al.* (2011), a probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica, mas diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível. Essa situação é preocupante, pois uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive. Assim, habitantes de municípios pobres têm menos possibilidade de obter internação que habitantes de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso. A regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela Reforma Sanitária. Infelizmente, os mecanismos regulatórios existentes ainda não são suficientemente robustos para promover mudanças significativas nos padrões históricos da assistência hospitalar.

Segundo Paim e Teixeira (2007), ao assumir como perspectiva a defesa dos princípios constitucionais e admitir a possibilidade e mesmo a necessidade de se buscar soluções criativas aos problemas existentes, cabe destacar alguns nós críticos, os quais constituem conflitos de interesses relativos ao desenho (estrutura organizacional) e ao processo de gestão do SUS, evidenciados a seguir:

- Falta de clareza e insuficiência de consenso em torno da "Imagem-Objetivo" do SUS, principalmente, no que concerne ao seu desenho macro-organizacional, permanecendo implícito no debate político da área distintas imagens, recobertas pela retórica do "SUS que queremos".
- Em decorrência disso, não se chega a estabelecer um consenso em torno da missão, isto é, das funções e competências das diversas esferas de governo, reproduzindo-se, entre os diversos âmbitos – Federal, Estadual e Municipal – e também no interior de cada esfera, a tensão e o conflito de competências entre as diversas instituições, mediadas pela negociação. E agora, pactuação, em torno de responsabilidades e recursos, em que pese uma parcela destes já serem transferidos de forma automática, fundo a fundo.
- Insuficiente coordenação interna na direção nacional do SUS, o que se reflete no debate em torno da necessidade de um “Ministério Único da Saúde”. Isso ocorre pela fragmentação institucional que se verifica ao interior do ministério resultante da integração orgânica. Porém, não funcional das estruturas e culturas oriundas do antigo INAMPS e de outros órgãos vinculados ao antigo Ministério da Saúde, como a

Fundação Nacional de Saúde. Também, cabe agregar a falta de articulação entre o Ministério da Saúde e as agências executivas, como Agência Nacional de Saúde Suplementar e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, cujos dirigentes e *staff* por vezes não se identificam como parte do SUS.

- Dificuldades na comunicação/informação entre os três níveis de governo do SUS, em parte decorrente da heterogeneidade existente em termos do desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (reflexo da heterogeneidade estrutural do país e da herança do antigo sistema), mas também fruto da "contaminação" das relações intergovernamentais por interesses político-partidários.
- Falta de gestão profissionalizada, ou seja, persistência de marcado "amadorismo" na gestão do sistema em todos os níveis. Isso acontece tanto devido à escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pelo fato de a persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.
- Fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos, em parte pela insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas. Isso é decorrente tanto da área de planejamento, orçamento, avaliação, regulação, sistemas de informação, quanto da área de gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde que demandam a utilização de tecnologias e instrumentos de gestão modernos e adequados às especificidades das organizações de saúde.
- "Engessamento" do processo de gestão de serviços e recursos estratégicos, a exemplo de insumos e força de trabalho, por conta das limitações legais estabelecidas em função das opções de política econômica. Como exemplo, tem-se a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita o gasto público nas diversas esferas de governo, dificultando a realização de concursos para admissão de pessoal, algo que incide, drasticamente, no sistema de saúde;
- Inadequação das alternativas adotadas para a superação das limitações apontadas no item anterior, subsidiárias das propostas de reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão do sistema, com perda da capacidade do gestor –

Federal, Estadual e Municipal – em imprimir a direcionalidade pretendida no processo de implementação das políticas e programas do SUS;

- Dificuldade de articulação intersetorial entre o sistema de saúde e as demais instituições gestoras de políticas e programas na área econômica e social, em parte pela existência de culturas organizacionais diversas, que reproduzem concepções e práticas de gestão, planejamento, programação e avaliação diferentes, em parte pela insuficiência dos esforços de construção de um patamar de diálogo e cooperação entre setores de modo a potencializar os efeitos das ações e serviços de saúde nos vários níveis do SUS;
- *Modus operandi* do controle social, provocando as tensões e disputas nem sempre pertinentes, abrangendo as competências e a legitimidade entre as instâncias executivas do SUS e o aparato do controle social. Isso demanda a ampliação do debate em torno da prática de controle social no SUS, hoje, especialmente, a análise da “captura” dos espaços de participação e controle social por organizações fortemente corporativas, representativas de grupos populacionais específicos ou de segmentos de corporações de profissionais e trabalhadores de saúde.

Ademais, é necessário um investimento redobrado na formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos e gerentes, para que sejam dotados de capacidade técnica e compromisso político com o processo de Reforma Sanitária e a defesa do SUS democrático, qualificados a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema. Trata-se da profissionalização da gestão do SUS, que já vem sendo discutida há alguns anos, sem que tivessem sido adotadas medidas concretas para a criação da carreira de gestor do SUS. Tal profissionalização implicaria a valorização dos profissionais que se dedicam, cotidianamente, às atividades de caráter gerencial nas diversas esferas de gestão e nos diversos níveis organizacionais do sistema (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Em última análise, para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, é necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privadas, o que pode diminuir os referidos conflitos de interesses. Logo, o maior desafio enfrentado pelo SUS é político. Questões como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes não podem ser resolvidas, unicamente, na esfera técnica. As bases legais e normativas já foram estabelecidas e já se adquiriu considerável experiência operacional. No momento atual, é preciso garantir ao SUS sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, recomendam-se alternativas para diminuição dos conflitos de interesses. Face ao contexto de impasses e desafios que dificultam uma gestão mais eficaz do SUS e uma atenção à saúde de melhor qualidade, é imperiosa a necessidade de se instituírem estratégias para a diminuição dos conflitos de interesses que foram detectados nesta investigação. Tais estratégias são:

- Estabelecer um consenso em torno da missão, das funções e das competências das diversas esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.
- Aprimorar a coordenação interna na direção nacional do SUS.
- Qualificar a comunicação/informação entre os três níveis de governo do SUS, bem como as instâncias de gestão.
- Tornar a gestão profissionalizada, por meio de gestores devidamente qualificados, com competência técnico-administrativa em todas as esferas de governo e em todos os serviços do SUS.
- Eliminar a influência político-partidária negativa existente na formulação de políticas de saúde e na gestão do SUS.
- Abolir o clientelismo político-partidário existente na gestão do SUS.
- Investir na incorporação de tecnologias de informação e de gestão adequadas ao manejo de organizações, nas áreas de planejamento, orçamento, avaliação, regulação, sistemas de informação, gestão de hospitais e outros serviços de saúde.
- Promover a articulação intersetorial entre o sistema de saúde e as outras instituições gestoras de políticas e programas, sobretudo, as referentes às esferas jurídica, econômica e social.
- Qualificar o controle social, por meio de melhor estruturação dos conselhos municipais de saúde e seu adequado funcionamento, a fim de consolidar a participação social.
- Realizar auditorias internas e externas contínuas nos serviços do SUS, principalmente, nos setores responsáveis pelo gerenciamento de recursos financeiros.

6 ESTUDO DO DIREITO FINANCEIRO

Para interpretação e análise do Direito Financeiro, convém, preliminarmente, um estudo do elemento fundamental que o compõe: o Estado. É neste sentido que convém destacar os elementos constitutivos da origem, do desenvolvimento histórico e diferentes formas de externalização do Estado, bem como uma rápida explanação da sua relação histórica com o Direito e o estudo das finanças.

A origem do vocábulo “finanças” é controversa e diferentes autores imputam-lhe a diferentes termos principiológicos. Alguns acreditam derivar da palavra inglesa “*fine*”, que significa multa, outros do alemão “*finden*”, que quer dizer encontrar. Por outro lado, essa palavra derivou-se do latim, da palavra “*finis*” e do verbo “*finire*” e, posteriormente, adquiriu, em latim medieval, a nomenclatura de “*finare*” (verbo) e “*finatio*” (termo) (ABRAHAM, 2015).

Ademais, a palavra “finanças” assumiu diferentes significados no decorrer dos tempos. Na Idade Média, tal vocábulo significou, inicialmente, “decisão judicial”, mudando, posteriormente, para denotar multa e, por último, “os pagamentos e as prestações”. Por volta do século XIV, passou a representar algo negativo, relacionado à usura e fraude. Tempos depois, com início na França e depois em outros países, o termo “finanças” passou a se referir à relação entre as receitas e os gastos do Estado.

No Brasil, mais precisamente no período colonial, o termo “finanças” referia-se aos bens do Estado disponíveis ao Rei, para que este os utilizasse conforme suas necessidades. Após algum tempo, essa palavra integrou-se ao vocábulo “públicas”, exprimindo a ideia de gestão do dinheiro público, de forma a separar as finanças privadas daquelas pertencentes ao Estado.

6.1 Atividade Financeira

O Estado, a fim de atingir o seu objetivo, executa diversas atividades, quais sejam: política, social, econômica, administrativa, dentre outras. Para exercer essas atividades, o Estado precisa de recursos para financiá-las e, para tanto, exerce a atividade financeira, a qual se consubstancia no conjunto de ações e mecanismos realizados pelo Estado. Isso ocorre com o intuito de atender às necessidades públicas, mediante a obtenção de receita e realização de gastos. Por meio da arrecadação, obtêm-se os recursos necessários à consecução dos seus objetivos.

Nessa perspectiva, a atividade financeira se apresenta como o meio necessário, para que o Estado alcance a finalidade pública, arranjando-se, fundamentalmente, na obtenção de receita, na gestão de tais valores e na realização de despesas. No entanto, é importante separar as funções do Estado daquelas relacionadas à atividade financeira. Enquanto as funções estatais visam atingir os anseios e necessidades da coletividade e, portanto, cumprir com os fins a que o próprio Estado se destina, as funções da atividade financeira surgem como a instrumentalização para a consecução destas atividades.

Noutras palavras, a atividade financeira é o instrumento que fornece ao Estado os meios necessários para a realização dos seus fins, além de ser a ponte entre as necessidades públicas e a ação estatal com o propósito de atendê-las. Isso é o que dá subsídio às atividades do Estado para a conquista dos seus objetivos políticos, administrativos e econômicos.

Conforme ensina José Souto Maior Borges: a atividade financeira consiste, em síntese, na criação, obtenção, gestão e dispêndio do dinheiro público para a execução de serviços afetos ao Estado. É considerada por alguns como o exercício de uma função meramente instrumental, ou de natureza adjetiva (atividade-meio), distinta das atividades substantivas do Estado, que visam diretamente a satisfação de certas necessidades sociais, tais como educação, saúde, construção de obras públicas, estradas etc. (atividades-fim) (ABRAHAM, 2015).

Reforça-se que, substancialmente, a ação Estatal possui como fim último atuar em razão das necessidades públicas em busca pela satisfação do bem-comum. Algumas dessas necessidades possuem natureza essencial e exigem do Estado seu cumprimento de forma direta e privativa. Tais atividades são indelegáveis e de prestação estatal exclusiva, uma vez que constituem interesse primário e se pautam pelo princípio da indisponibilidade do interesse público. De tal modo, a atividade financeira é de índole obrigatória do Estado e apresenta-se numa relação de poder-dever, haja vista que ele não pode se eximir de atender às necessidades públicas.

Uma distinção no que se refere à necessidade pública em relação à necessidade coletiva pode ser expressa pelo jurista Hyoshi Harada. Segundo o doutrinador, necessidade pública é tudo aquilo de interesse geral que uma norma jurídica estabeleceu como de incumbência do Estado, submetida ao Direito público e pautado pelo princípio da Legalidade (HARADA, 2016).

Enquanto isso, a necessidade coletiva é aquela advinda de interesses particulares ou coletivos, submetida ao Direito Privado e conduzida pelo princípio da autonomia da vontade.

É importante mencionar que as necessidades públicas crescem em consonância com o desenvolvimento do Estado Moderno e quanto maior for o conjunto destas necessidades, maior será a aplicação da atividade financeira. Em última instância, a orientação político-ideológica do governo dimensiona a intensidade da prestação estatal e, por conseguinte, o volume da atividade financeira. A evolução dessa atividade, a partir do Estado Contemporâneo, ocorreu, a princípio, com o Estado liberal, desenvolvendo-se para o Estado intervencionista.

O Estado Liberal adveio da Revolução Francesa (1789) e teve como cenário temporal predominante o século XIX. Como premissas básicas, possuiu a mínima intervenção estatal a fim de favorecer a livre concorrência e iniciativa, criando-se um Estado precipuamente abstencionista. Esse Estado, também, imperou sob a forte separação entre a esfera econômica e a política, na qual foi atribuição do Estado apenas as atividades circunscritas à seara política ou funções, indispensavelmente, atribuídas ao ente público.

Quanto à esfera econômica, as atividades são desenvolvidas pela sociedade, sem intervenção do Estado, uma vez que acreditaram que o mercado foi regido por leis naturais e funcionaria de forma espontânea. De tal forma, no que se refere à liberdade econômica, o Estado limitou-se a agir de forma neutra, reservando-se apenas no dever de fiscalizar a ordem pública, de modo a propiciar a todos as condições necessárias para desenvolverem essas atividades. Nasceu, assim, o “Estado-polícia”.

Contudo, a figura minimalista do Estado gerou ainda mais desigualdades sociais. De um lado, favoreceram-se os possuidores de grandes fortunas e empresas, bem como o desenvolvimento dos carteis, trustes, monopólios e demais formas de abuso do poder econômico. Por outro lado, esse Estado provocou profundas injustiças sociais. Ele, também, sob sua análise individualista, apenas acompanhou o desenrolar econômico sem quaisquer interferências que não fossem aquelas que se referiam ao policiamento da ordem pública. Imperou a liberdade, mas somente a econômica, tendo em vista a supressão dos direitos e garantias individuais na realidade de fato.

A autoridade do ente central mostrou-se precária para atender às demandas sociais. Nas palavras do constitucionalista Paulo Bonavides, aquela liberdade conduzia, com efeito, a graves e irreprimíveis situações de arbítrio. Expunha, no domínio econômico, os fracos às sanhas dos poderosos. O triste capítulo da primeira fase da Revolução Industrial, de que foi o palco o Ocidente, evidencia, com a liberdade do contrato, a desumana espoliação do trabalho, o doloroso emprego de métodos brutais de exploração econômica, a quem nem a servidão medieval se poderia, com justiça, equiparar (BONAVIDES, 2007).

A partir de então, haja vista a clara necessidade de justiça social, as obrigações estatais se modificaram. Atividades antes vistas como privadas passaram a constituir a esfera de competência do Estado que, de uma ótica liberal, passou-se a uma intervencionista. Convém acrescentar que a transição do Estado liberal para o intervencionista iniciou-se com o fim da Primeira Guerra Mundial. Após isso, com a crise de 1929, foi necessária uma intervenção estatal, objetivando recuperar a economia de um dos períodos de maior recessão econômica do mundo. Mas, somente após a Segunda Guerra Mundial é que a atitude intervencionista se intensificou para todas as áreas da vida social. Devido às complexidades da guerra e necessidade de gerir os recursos, o Estado precisou adotar uma postura ainda mais positiva.

Nesse momento, a atividade financeira sai do seu caráter meramente fiscal para se apresentar também sob o âmbito da extrafiscalidade. Desse modo, a arrecadação não mais visou apenas satisfazer as necessidades públicas (caráter fiscal), assumindo um caráter intervencionista e redistributivo (extrafiscal), um meio de interferência do Estado na economia e na esfera social.

Em contraposição ao Estado liberal, o Estado Intervencionista utiliza-se das finanças públicas como potente meio de *política fiscal* (RAMOS FILHO, 2012). Cabe à atividade financeira o controle sobre diversas áreas da sociedade, a fim de desestimular determinadas condutas ou fomentar outras, a depender dos objetivos aos quais se propôs o governo.

Com a intervenção do ente público, tendo como base áreas antes circunscritas ao particular, nasce o Estado do bem-estar social (ou *welfare state*), situação que demonstra o abandono do Estado de polícia (ou fiscal) para se transformar em um ente assistencialista. O Estado minimalista da “mão invisível” se converte em um ente protecionista.

Como é possível perceber, a concepção política e as previsões jurídicas de cada Estado são determinantes para definir uma atividade financeira mais ou menos intensa, bem como o seu grau de interferência nos setores particulares. Neste sentido, Carlos Alberto de Moraes Ramos Filho, citando Sylvio Santos Faria, preconiza que: As atividades financeiras estatais “se amoldam como um corolário da teoria política dominante”, apresentando-se elas “como um meio auxiliar, um instrumento de execução das doutrinas e dos postulados políticos vigentes e caracterizadores do tipo estatal”. É, portanto, a concepção das finalidades do Estado que, em última análise, irá determinar os contornos e definir o conteúdo das finanças públicas (RAMOS FILHO, 2012).

No Brasil, as finanças públicas não visam somente cobrir os gastos da administração, mas também demonstram um meio de intervenção social. Assim, a atividade financeira, além da sua função fiscal na arrecadação, gestão e realização de despesas, possui função extrafiscal, tendo em vista que põe em prática mecanismos regulatórios, com o objetivo de atingir resultados políticos, econômicos ou sociais, como por exemplo, controlando a inflação ou fomentando a economia.

As necessidades públicas são, portanto, tudo aquilo que incumbe ao Estado executar devido à previsão normativa e em defluência de decisão política. A Constituição Federal de 1988 prevê em seu preâmbulo e artigo 3º os objetivos gerais norteadores da República Federativa do Brasil, destacando-se destes a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Isso, com o intuito de garantir o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza e a marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais, e a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Outrossim, para a satisfação dos objetivos estatais, o Estado necessita de recursos financeiros. A atividade financeira é direcionada pelo orçamento que faz a previsão dos gastos a serem realizados e receitas a serem obtidas. Conforme realça Ricardo Lobo Torres, a atividade financeira surge em razão da soberania financeira do Estado. Esse poder financeiro se destaca em um âmbito horizontal e outro vertical. No vertical, se divide entre os entes federativos, União, Estados e Municípios. Já no âmbito horizontal, o poder financeiro se subdivide no poder de administrar, legislar e julgar, de forma que a atividade financeira surge como atividade administrativa, subordinada à lei, cujo controle é exercido pelo judiciário (TORRES, 2002).

Como detentores do poder financeiro, a União, os Estados e os Municípios, assim como suas respectivas autarquias, exercem a atividade financeira. Não exercem, todavia, tais atividades, os órgãos da administração indireta com personalidade jurídica de direito privado, quais sejam: as sociedades de economia mista, as empresas públicas e as demais fundações e instituições mantidas pelo Poder Público, haja vista que a atividade financeira não se aplica às finanças privadas.

6.2 Direito Financeiro

O Direito Financeiro integra o Direito Público e aparece como a disciplina reguladora da atividade financeira do Estado em sua relação com a arrecadação, gestão e

gasto público, na busca pela satisfação das necessidades públicas. É o conjunto de normas que define o poder do Estado para obter recursos patrimoniais e aplicá-los para a concretização dos seus objetivos.

Inicialmente, é necessário ressaltar a independência do direito financeiro mediante os demais ramos do Direito, principalmente, no tocante ao direito tributário. O direito financeiro é um ramo autônomo, composto de conceitos, princípios, objetivos e institutos próprios, não obstante relacionar-se com outros ramos do direito, como o civil, administrativo, constitucional e tributário.

O Direito Tributário é, comumente, confundido com o Direito Financeiro, uma vez que o objeto de ambos está intimamente relacionado, sendo este, no entanto, englobador daquele. O Direito Tributário disciplina a arrecadação mediante tributos que é somente uma das formas de financiamento do Estado. Já a atividade financeira possui várias outras fontes de receita, além de abarcar a administração destes recursos e sua aplicação no caso concreto, indo além do que regula o Direito Tributário.

Quanto ao Direito Constitucional, este exerce papel preponderante sobre o Direito Financeiro, haja vista que a Constituição traça as principais normas de teor financeiro, dispondo sobre a repartição de receitas, o sistema financeiro e tributário nacional, fiscalização financeira, normas gerais do orçamento e quanto às limitações ao poder de tributar.

O Direito Administrativo também guarda íntima relação com o Direito Financeiro, pois ambos possuem o Estado como sujeito de Direito e é mediante as normas administrativas que o Estado atinge sua finalidade e promove a satisfação das necessidades públicas. Por outro lado, o Direito Financeiro, como sistema normativo vinculado e pautado pelos fundamentos do Estado Democrático de Direito, é o conjunto de regras que determina como deve ser a atividade financeira, estabelecendo as normas e princípios para a obtenção de receita pública, a gestão destes valores e seu efetivo gasto.

O Estado, em função da sua soberania, exerce o poder financeiro. Sem recursos patrimoniais, não haveria meios para atingir a sua finalidade e, para tanto, cria normas jurídicas reguladoras da atividade financeira. Entretanto, a soberania estatal, no tocante ao poder financeiro, encerra-se após a criação da lei. Depois da promulgação destas, a soberania atinge os seus fins e o Estado torna-se sujeito subordinado às normas jurídicas.

Somente o Estado possui o poder de formular leis. Contudo, em razão dos princípios e fundamentos democráticos, o Estado se subordinará às Leis criadas por ele, o que faz com que a relação antes soberana se transforme numa relação puramente jurídica.

O Estado possui dupla fisionomia: em primeiro lugar, apresenta-se como criador do direito, como elaborador e tutelador da norma jurídica no interesse da coletividade; em segundo lugar, apresenta-se como sujeito de direitos e obrigações, submetendo-se à ordem jurídica por ele criada (ABRAHAM, 2015).

A norma jurídica financeira, ao tempo que decorre do Poder Financeiro, é elemento que o limita e subordina. Essa dualidade firma a base do Direito Financeiro, cujo Estado, em razão da sua função também de legislar, define e limita a atividade. Isso, por sua vez, se configura em obrigação que decorre da lei e não de exercício de um poder estatal arbitrário. Também se pauta nos limites da legalidade e deve observar os fundamentos do Estado Democrático de Direito. Porém, para a instituição de tais parâmetros, o Estado atuará com a supremacia necessária a exigir da sociedade o cumprimento das disposições legais.

Nessa perspectiva, o Direito Financeiro regula as áreas da receita pública, das despesas públicas, do orçamento público e dos créditos públicos. Importa dizer que no que se refere às despesas, orçamento e créditos públicos, as normas do direito financeiro dispõem de todos os aspectos que os envolvem. Há que se fazer ressalva, no entanto, no que concerne às receitas públicas oriundas dos tributos, dado o caráter tributário que possuem. A estas, o Direito Financeiro dispõe apenas quanto ao seu destino e aplicação. Entretanto, às demais receitas não tributárias, o Direito Financeiro cuida de todos os aspectos, perpassando a instituição, a arrecadação e a destinação destes recursos (RAMOS FILHO, 2012).

Ainda no que concerne ao Direito Tributário, este se ocupa apenas da instituição e arrecadação dos tributos e, portanto, das receitas tributárias. Quando se extingue o crédito tributário, mediante o pagamento pelo contribuinte ou por outra forma de satisfação do crédito, também se encerra a relação jurídica tributária estabelecida. Nesse momento, o Direito Financeiro toma para si a obrigação e cuida da destinação daquele numerário. Ele trata apenas das finanças públicas, não sendo de sua abrangência as relações travadas entre particulares na captação e destinação de recursos financeiros na atividade privada.

6.3 Normas Gerais Financeiras e Orçamentárias

A Constituição de um Estado é norma fundamental e de hierarquia superior a qualquer outra. Em sua posição de Lei Suprema, ela abarca normas estruturais do Estado, principalmente, no tocante à forma de governo, aos poderes públicos, aos direitos e garantias dos cidadãos e a repartição de competências. A Constituição desenha e organiza os elementos

estatais de forma geral, estabelecendo de forma ampla a estrutura a ser pormenorizada por legislação infraconstitucional.

Neste patamar, a Constituição Federal Brasileira de 1988 exerce papel fundamental na estrutura normativa do Direito Financeiro, levando em conta que delineia toda a estrutura financeira, estabelecendo as normas e princípios gerais que servem de suporte legal a todo o sistema.

Quanto às finanças públicas, a Constituição Federal dispensou um capítulo exclusivo à matéria, além de vários outros dispositivos espalhados no texto constitucional. A partir daí, percebe-se o tratamento minucioso dado pela Carta Magna ao tema, tendo em vista que versou relativamente às finanças públicas, às despesas públicas, à fiscalização municipal, e à fiscalização e previsão orçamentária.

Em virtude disso, temos no texto fundamental a chamada “Constituição Financeira”, que compreende todas as normas e princípios de origem financeira ou que com ela se relacione, dispostas no documento constitucional. Apesar de não estar adstrita a uma parte específica e encontrar-se dispersa por todo o texto, a Constituição Financeira encontra-se basicamente no Título VI, art. 145 a 169, que dispõe acerca da Ordem Econômica e Financeira.

Conforme leciona Ricardo Lobo Torres: As principais características da Constituição Financeira são a rigidez, a abertura e o pluralismo. Neste sentido, a rigidez se justifica em razão da dificuldade de alteração do texto constitucional, que somente poderá acontecer mediante emenda constitucional, procedimento tal que exige maior rigor para a modificação. A abertura se refere às lacunas existentes nas normas que compõe a Constituição Financeira, vez que não constituem um sistema fechado em si e foram dispostos de forma a serem integrados por norma infraconstitucional (TORRES, 2002).

No que se refere ao pluralismo, Torres define-o a partir da função da Constituição Financeira, isto é, o fato de ela possuir a qualidade de ser uma das Subconstituições componentes do texto constitucional federal, em conjunto com outras Subconstituições, a exemplo da social, da política e da econômica. Ainda, a pluralidade se consubstancia na subdivisão existente dentro da Constituição Financeira. Esta se subdividiria em Constituição Tributária (arts. 145 a 156), Constituição Financeira propriamente dita (arts. 157 a 164) e Constituição Orçamentária (arts. 70 a 75 e arts. 165 a 169).

Convém acrescentar que, no tocante à competência para legislar sobre o direito tributário, financeiro e orçamentário, a Carta Magna, em seu artigo 24, define que a esta compete concorrentemente à União, aos Estados e ao Distrito Federal, estabelecendo

“verdadeira situação de condomínio legislativo” (BRASIL, 2008). Além disso, concerne à União fixar as normas gerais, e aos Estados e Distrito Federal legislar de forma suplementar para atender suas particularidades regionais. Em função dessa repartição vertical, somente quando inexistir norma federal, caberá aos Estados e ao Distrito Federal legislar de forma plena, tratando de toda a matéria. No entanto, caso sobrevenha norma geral, esta lhe suspenderá a eficácia no que não for compatível.

Vale destacar que não obstante o art. 24 não ter mencionado os Municípios, estes possuem competência legislativa para matérias financeiras. Tal hipótese é o entendimento da doutrina majoritária por força do art. 30, II, da CF/1988, que prescreveu competência aos Municípios para suplementar a legislação federal e a estadual no que couber, ou seja, atuação suplementar no âmbito da competência concorrente.

Por tal razão, relativamente à matéria financeira, os documentos constitucionais dos Estados-membros já nascem limitados e com importância reduzida, tendo em vista que devem observar as normas de harmonização relacionadas à Constituição Federal. O poder constituinte originário dos Estados não é um poder autônomo, mas sim derivado, uma vez que deve se subordinar à Constituição Federal e às normas federais (TORRES, 2002).

Para a elaboração das normas de Direito Financeiro, a Constituição Federal instituiu a Lei Complementar como o “instrumento veiculador”. Por Lei Complementar, entende-se ser aquela que possui como objeto matéria expressamente definida pelo texto Constitucional e que exige, para sua criação, quórum especial. Em síntese, a Lei Complementar possui duas particularidades: somente será exigida quando expressamente prevista na Constituição e possui como pressuposto de aprovação a observância de maioria absoluta nas duas casas do Congresso Nacional (RAMOS FILHO, 2012).

Nessa esteira, o artigo 163, I, prevê que Lei Complementar disporá sobre as finanças públicas. É importante mencionar que este termo compreende toda a atividade financeira exercida pelo Estado, sendo, portanto, desnecessário os incisos II a IV do referido artigo, uma vez que o inciso I é gênero que abarca todas as demais espécies (RAMOS FILHO, 2012).

Também cabe à Lei Complementar a necessidade de normas orçamentárias que tratem do exercício financeiro, a vigência, os prazos, a elaboração e a organização do plano plurianual, da lei de diretrizes orçamentárias e da lei orçamentária anual e das normas que estabelecem a gestão financeira e patrimonial da administração direta e indireta, bem como as condições para a instituição e funcionamento de fundos (art.165, §9).

Na legislação infraconstitucional, as normas gerais financeiras estão presentes na Lei nº 4.320/1964 e na Lei Complementar nº 101/2000. A primeira, originariamente criada como lei ordinária, foi recepcionada, em sua maioria, pela Constituição Federal de 1988, adquirindo status de lei complementar. A Lei estabelece as normas gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal (art.1º).

Outrossim, constitui norma financeira de grande importância, sendo nominada de “Estatuto das Finanças Públicas”, haja vista ter disposto quanto aos princípios, normas gerais e institutos da atividade financeira, bem como fixado regras gerais para a elaboração e execução dos orçamentos públicos.

Outra norma geral financeira é a Lei Complementar nº 101/2000, ou Lei de Responsabilidade Fiscal, que fixou as normas gerais das finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal. Ela constitui um marco da regulação fiscal no Brasil, haja vista que possui o intuito de os atos públicos serem elaborados de forma planejada e transparente, prevenindo-se os riscos e corrigindo os “desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas” (art. 1º, § 1º).

Essa Lei Complementar buscou trazer à Administração Pública uma nova forma de gestão, pautados na transparência fiscal (com a divulgação das finanças públicas e serviços públicos) e nos controles contábeis e financeiros, a serem desenvolvidos pelo Poder Executivo, Judiciário e Legislativo, Ministério Público e Tribunal de Contas. Também devido ao fato de estabelecer as normas e limites do gasto público, a Lei Complementar 101/2000 contribuiu muito para o equilíbrio das finanças públicas no que tange a todos os entes da federação. Além disso, estabeleceu as normas gerais para o planejamento do orçamento, bem como os mecanismos necessários para acompanhar os seus resultados.

Assim, fixada a estrutura geral do Direito Financeiro pela Constituição Federal e pelas leis federais, caberá aos entes federativos legislar mediante lei específica quanto à arrecadação de receitas públicas, aos gastos públicos, às leis orçamentárias e demais previsões financeiras. Exige-se anterior aprovação do Legislativo para instituir ou modificar normas de caráter financeiro.

Neste sentido, e em razão do princípio da Legalidade, a lei específica mencionada refere-se à Lei Ordinária, que será o meio competente para positivar as normas financeiras. No que diz respeito a tais leis ordinárias financeiras, destacam-se as Leis Orçamentárias Anuais, as Leis de Diretrizes Orçamentárias e as Leis dos Planos Plurianuais. Por fim, é relevante mencionar que a Constituição Federal veda, como regra geral, a edição de normas

específicas de Direito Financeiro mediante Medidas Provisórias, uma vez que nestas não há participação do Poder Legislativo.

6.4 Despesas Públicas

Há entre a doutrina inúmeras definições para o conceito de despesas públicas. Segundo Aliomar Baleeiro (1969), por exemplo, em primeiro momento, a despesa pública “designa o conjunto dos dispêndios do Estado, ou de outra pessoa de direito público, para o funcionamento dos serviços públicos”. Contudo, pode, ainda, se apresentar como “a aplicação de certa quantia, em dinheiro, por parte da autoridade ou agente público competente, dentro duma autorização legislativa, para execução de fim a cargo do governo” (BALEIRO, 1969).

Diante dessa exposição, as despesas públicas apresentam duas perspectivas. A primeira remete a um caráter nitidamente orçamentário, traduzindo-se na autorização de distribuição da receita para cobrir os gastos decorrentes da Administração Pública. Enquanto que a segunda revela o efetivo gasto pela autoridade pública competente da quantia autorizada pelo Legislativo para satisfazer as finalidades da administração. Por outro lado, conforme explica o doutrinador Eduardo Ferreira Jardim, despesa pública é “todo dispêndio previsto no orçamento”, haja vista que os dispêndios públicos não podem ter “finalidade estranha ao interesse público” (JARDIM, 2016).

Todavia, de acordo com Ramos Filho (2012), a conceituação de Eduardo Ferreira Jardim é um pouco limitada, uma vez que o uso do termo “previsto” é impreciso para tratar de gastos que devem, obrigatoriamente, ser autorizados pela lei orçamentária e defende que a melhor nomenclatura para a definição é o termo “fixado”. Ainda, argumenta que tal conceituação não prevê os gastos públicos extraordinários e, em razão do seu caráter especial, pode ocorrer sem que haja previsão orçamentária.

De um modo geral, despesas públicas são aquelas, cuja previsão está fixada no orçamento, com vistas a financiar atividade de interesse público. É o uso do dinheiro público para a consecução dos objetivos do Estado, mediante a construção de obras ou realização de serviços públicos. A aplicação desse dinheiro, para atender às necessidades estatais, resulta de uma decisão política. Compete ao administrador público, mediante o orçamento, traçar quais serão os setores a serem financiados para satisfazer às necessidades públicas.

Assim, devido ao caráter eminentemente político, a previsão das despesas adotará diferentes formas, a depender do governo e da sua ideologia política, religiosa, social ou filosófica. Esse caráter político foi, inclusive, previsto pela Constituição Federal de 1988, art.

165, ao dispor, como competência privativa do Poder Executivo, a elaboração das normas orçamentárias.

Assim que forem fixadas as prioridades políticas e com a autorização do legislativo às disposições orçamentárias ou com aprovação dos créditos especiais e complementares, será aplicada à quantia arrecadada no caso concreto, ocorrendo, desta forma, a despesa. Entretanto, não obstante tal natureza política, as despesas públicas têm sido pautadas cada vez mais por determinações jurídicas, especialmente, pelos comandos advindos da Constituição Federal. Isto é, as despesas públicas não decorrem somente das convicções e escolhas do Executivo, mas seguem também (e com tendência cada vez maior) os preceitos legais, restando, cada vez menos, margem para deliberação política.

Isso ocorre em decorrência de vários fatores. Inicialmente, a Constituição Federal de 1988, dado o seu cunho social, trouxe previsão de vários direitos sociais e fundamentais. Como consequência, para garantir e cumprir tais direitos, faz-se necessária a aplicação da receita (gastos). Acrescenta-se que o particular pode exigir, judicialmente, que os direitos garantidos pela Constituição sejam realizados. É a chamada judicialização dos direitos sociais e fundamentais.

Existem, ainda, os tributos vinculados, cuja arrecadação pressupõe que a aplicação daquela receita ocorra conforme dispõe a norma que o instituiu. Noutras palavras, essas receitas devem ser aplicadas a situações previamente estipuladas, circunstância na qual os gastos públicos são vinculados.

A Constituição Federal trouxe, também, em seu corpo disposições no que concerne às áreas, cujos entes federativos devem realizar gastos, bem como o percentual mínimo que devem acontecer. São os casos, por exemplo, do art. 212 e art. 166, que tratam da obrigatoriedade da despesa pública no ensino e na saúde, respectivamente. Salienta-se que, em momento oportuno, far-se-á explanação detalhada sobre as disposições constitucionais para as despesas públicas.

Embora a alocação de receitas seja competência privativa do Poder Executivo, este deverá observar os preceitos constitucionalmente estabelecidos para a realização dos gastos. Tal Poder deve obedecer, ainda, aos comandos imperativos e, também, às normas que definem direitos e garantias individuais e objetivos do Estado. Além disso, no percentual que o caberia deliberar de forma política, o Executivo se vê limitado pelas referidas disposições constitucionais, uma vez que deve ter como prioridade o cumprimento daquelas previsões.

Ressalta-se, no entanto, que a flexibilidade decisória política adquire maior destaque, quando há o cumprimento da disposição e realização do gasto. Ao determinar que o

gasto público deve ser na saúde, por exemplo, a Constituição se limita a ordenar a área e o percentual que o gasto deve acontecer. A partir daí, compete ao administrador público estabelecer a melhor forma de aplicação de tais valores, bem como os mecanismos para esta efetuação, cabendo-lhe, por exemplo, deliberar se o gasto se dará na construção de hospitais ou na compra de equipamentos.

Nesses moldes, a fim de entender melhor o tema “despesas públicas”, estas foram classificadas, tendo como base as diferentes características que possuem. Seguindo a classificação formulada por Carlos Alberto de Moraes Ramos Filho (2012), há as subdivisões defendidas pela doutrina, assim como as classificações oriundas da lei. No que se refere à divisão doutrinária, preliminarmente, esta é abordada sob a ótica da periodicidade das despesas, que se subdividem em despesas ordinárias, despesas extraordinárias e especiais.

Em se tratando das despesas ordinárias, estas são, assim, entendidas como aquelas que se renovam a cada orçamento e findam com o término do exercício financeiro. Constituem a forma comum de realização de despesas do serviço público e são, por exemplo, as despesas com o pessoal que presta serviço.

Por outro lado, as extraordinárias são aquelas de caráter excepcional, que derivam de circunstâncias eventuais, esporádicas e, dado a este caráter ocasional, não se renovam todo ano. Por serem medidas de urgência, sua previsibilidade orçamentária não é exigida, cabendo, portanto, ao Estado realizá-las ainda que não haja prévia disposição no orçamento. Para sua instituição, deve ser realizada abertura de crédito extraordinário. Como exemplo de tais despesas, têm-se as decorrentes de calamidades públicas ou guerra.

As despesas especiais são aquelas que decorrem de fatos previsíveis pelo Estado, porém, sem que este saiba quando será o momento temporal que elas far-se-ão necessárias. Tais despesas surgem no decorrer do exercício financeiro e, não obstante a certeza de verificá-las, não se sabe a que tempo será sua execução. Como exemplo disso, tem-se o caso das indenizações e demais pagamentos advindos de decisões judiciais.

Quanto à competência, dividem-se as despesas públicas conforme as disposições constitucionais para cada ente federativo, quais sejam: as despesas federais, as estaduais e as municipais. As primeiras são aquelas necessárias à consecução das atividades que competem privativamente à União executá-las, nos termos do art. 21 da Constituição. Já as estaduais correspondem às atribuições dos Estados-Membros e que não sejam de competência da União ou dos municípios (art. 25, §1º, Constituição Federal). As despesas municipais, por fim, são as que se relacionam com as atribuições dadas aos municípios, nos termos do disposto no art. 30, CF.

No que diz respeito à extensão, as despesas são, também, classificadas em internas (aquelas que se realizam dentro do território nacional, pagas com a moeda brasileira) e as externas (cujo âmbito se dá fora do território brasileiro e a remuneração ocorre em moeda estrangeira). Há também defensores da tese de que as internas são apenas aquelas despesas que se tangenciam ao limite do ente, configurando-se despesas externas aquelas que ocorrem fora da entidade que as realizam.

Finalmente, seguindo o critério econômico, as despesas públicas se dividem entre a despesa-compra e a despesa-transferência. Enquanto a primeira é aquela que decorre da aquisição de produtos e serviços pelo ente (a exemplo da aquisição de bens de consumo ou pagamento de salários), a despesa-transferência se relaciona com as aplicações governamentais que criam rendimentos, sem exigência de contraprestação (aposentadorias, pensões, etc.).

Conforme mencionado, além da classificação doutrinária, existe ainda a classificação legal, cuja definição decorre das disposições da Lei nº 4.320/64 e se apresentam como as despesas correntes e as despesas de capital (art.12). As primeiras são as que correspondem aos gastos de serviços já existentes. São rotineiras, contínuas e consideradas *economicamente improdutivas*, uma vez que não geram quaisquer aumentos de capital. Ainda, subdividem-se entre as despesas de custeio e as transferências correntes (RAMOS FILHO, 2012).

São despesas de custeio as dotações que possuem uma contraprestação à remuneração dada pelo Estado, a exemplo do pagamento dos servidores públicos e dos prestadores de bens e serviços. Elas possuem caráter de continuidade, destinadas a manter serviços já criados ou também para arcar com as obras de conservação ou adaptação de bens imóveis. A partir daí, pode-se destacar que são os gastos da administração pública correspondentes à manutenção e ao desenvolvimento de serviços anteriormente criados.

Quanto às transferências correntes, estas, também, possuem um caráter periódico. Todavia, distinguem-se das despesas de custeio, porque não são dotadas de uma contraprestação de bens ou serviços ao Estado. São as dotações que não têm uma contraprestação direta e imediata, podendo, ainda, ser aquelas necessárias ao atendimento e manutenção de entidades de direito público ou privado (que se dá por meio das subvenções ou contribuições). Como exemplo das transferências correntes, têm-se as despesas com o pagamento dos juros da dívida pública, as transferências financeiras entre os entes federativos, o pagamento de pensões, aposentadorias, dentre outros.

Por outro lado, as despesas de capital apresentam como característica precípua a eventualidade. Quando elas são realizadas correspondem a uma aquisição de patrimônio ou redução da dívida pública, motivo pelo qual são denominadas de *economicamente produtivas*. As despesas de capital, assim como as correntes, se subdividem em: investimentos, inversões financeiras e transferência de capital (RAMOS FILHO, 2012).

Nesse sentido, as despesas de capital de investimentos correspondem àquelas dispostas na Lei nº 4.320/64, art. 12, §4º, sendo, assim, compreendidas como: despesas para planejamento e execução de obras; aquisição de imóveis que sejam necessários à feitura da obra; bem como para os programas especiais de trabalho, aquisição de instalações, equipamentos e material permanente, constituição ou aumento do capital de empresas que não sejam de caráter comercial ou financeiro.

As inversões financeiras são as aquisições de imóveis ou de bens de capital já em utilização, a aquisição de títulos representativos do capital de empresas ou entidades de qualquer espécie, já constituídas, quando a operação não importe aumento do capital ou a constituição ou aumento do capital de entidades ou empresas que visem a objetivos comerciais ou financeiros, inclusive operações bancárias ou de seguros (Lei n. 4.320/64, art. 12, §5º).

Por último, as transferências de capital constituem as dotações para investimentos ou inversões financeiras que outras pessoas de direito público ou privado devam realizar, independentemente, de contraprestação direta em bens ou serviços, bem como as dotações para amortização da dívida pública (Lei n. 4320/64, art. 12, §6º).

Para verificar as despesas públicas, devem ser observadas duas etapas: a princípio, a fase de *fixação* e, posteriormente, de *realização*. A primeira fase diz respeito à despesa que se enquadra no orçamento com sua devida dotação. Até se chegar a esta inclusão, há que se conferir os procedimentos, como a proposta orçamentária pelo Executivo, autorização por meio de lei pelo Legislativo, a aprovação e promulgação da Lei Orçamentária.

Quanto à segunda fase, verifica-se que o procedimento é um ato tipicamente administrativo e, como tal, deve ocorrer sob a égide do Direito Administrativo. Devem se pautar pelos limites e princípios por este ramo estipulados, com destaque aos princípios da economia, da moralidade e impessoalidade, a fim de executarem o que for melhor para o Estado. É no estágio da realização que as despesas são, de fato, consumadas e os valores advindos da arrecadação saem da esfera pública e se destinam à consecução da atividade necessária.

O estágio da realização da despesa pública é formado por uma etapa prévia seguida por outros três procedimentos: o empenho, a ordem de pagamento e a liquidação. A etapa prévia é o momento de avaliar a necessidade ou não de processo licitatório. Caso este se faça necessário, deve acontecer como requisito indispensável à continuidade da despesa, uma vez que a Constituição Federal (art. 37, XXI) fixa que as obras, serviços, compras e alienações são contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes (salvo os casos especificados na legislação). Da mesma forma, se a exigência for a contratação de servidores, é preciso prévio concurso público (ABRAHAM, 2015).

Após a etapa prévia, feita a licitação quando exigida, inicia-se a fase de realização da despesa propriamente dita que observa as disposições da Lei nº 4.320/1964. Conforme dispõe o art. 60 dessa Lei, a despesa pública não pode ocorrer sem prévio empenho, o qual é entendido como o ato que faz a reserva da despesa no orçamento, de modo a criar para o Estado uma obrigação de pagamento. Para cada empenho é extraída uma “nota de empenho”, documento que faz a previsão do nome do credor, a representação e a importância da despesa, assim como a dedução desta do saldo da dotação própria (art.61).

A norma estabelece que o pagamento é efetuado somente após a liquidação da despesa (art. 62). A partir daí, percebe-se que, após o empenho, inicia-se a fase de liquidação, que oportuniza a verificação do direito do credor decorrente de títulos ou outros documentos comprobatórios do crédito. Esse procedimento objetiva apurar a origem do que deve ser pago (bem como o seu objeto), o valor exato a ser pago e em favor de quem aquele pagamento deve ocorrer para a extinção da obrigação (art.63). Por fim, a última etapa para a realização das despesas públicas é a ordem de pagamento, que é a determinação dada pela autoridade competente, por meio de despacho para que a despesa seja paga.

Importa registrar que, além desses procedimentos, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000) fixa que, para a criação, expansão ou aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento da despesa, deve ser acompanhado através de estimativa do impacto orçamentário-financeiro no exercício que deva entrar em vigor. Assim como nos dois subsequentes e de declaração do ordenador da despesa de que o aumento tem adequação orçamentária e financeira com a Lei Orçamentária Anual e compatibilidade com o Plano Plurianual e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 16, I e II).

Ademais, a LC nº 101/2000 trata, amplamente, das despesas com pessoal, ou seja, aquelas relativas aos gastos com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos

eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como: vencimentos e vantagens; fixas e variáveis; subsídios; proventos da aposentadoria; reformas e pensões; inclusive adicionais; gratificações; horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (art.18). Diante do exposto, permite-se concluir que a discricionariedade do Poder Executivo – ou seja, a capacidade de agir sem estar vinculado à determinada conduta –, para o gasto público, é limitada, porquanto uma série de normas jurídicas, determinam a obrigatoriedade dos gastos vinculados a certos setores.

A Constituição Federal de 1988 trouxe inúmeros comandos de garantias, direitos e objetivos a serem alcançados pelos entes federativos. Preliminarmente, o art. 3º dispõe como objetivos da República Federativa do Brasil construir uma sociedade livre, justa e solidária, garantir o desenvolvimento nacional, erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Destarte, o ente federativo, na realização da despesa, deve ter como baliza e prioridade a consecução de tais preceitos constitucionais. Ressalta-se, entretanto, que não são somente estes os objetivos do Estado, uma vez que a Constituição, ao longo do seu texto, prevê outras garantias, tal como o disposto no art. 196 “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Contudo, as disposições Constitucionais não somente se limitam à previsão genérica de objetivos a serem perseguidos, mas também de comandos diretos e imperativos. No tocante ao ensino, por exemplo, a Constituição Federal determina que a União deve aplicar no mínimo, anualmente, nunca menos de 18%, e os Estados, Distrito Federal e Municípios 25% da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino (art. 212).

Com relação à saúde, há várias previsões que estabelecem um mínimo a ser aplicado. O §9º, art.166, determina que 0,6% da receita corrente líquida prevista no projeto de lei orçamentária deve ser destinada a ações e serviços públicos de saúde. Conforme o art. 198, §2º, I a III, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Cabem à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios aplicarem, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde

recursos mínimos, cuja aplicação de percentuais será calculada sobre a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15%, no caso da União.

No caso dos Estados e do Distrito Federal, o percentual é calculado sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Já no que concerne aos municípios e ao Distrito Federal, o percentual incide sobre o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Acrescenta-se que, o § 3º, art. 77, ADCT, estabelece que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade são aplicados por meio de Fundo de Saúde, o qual é acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da CF.

Portanto, o que se percebe é que o administrador público não pode destinar àqueles setores quantia inferior ao estipulado constitucionalmente. É possível que o gasto se perfaça em valor superior ao mínimo determinado, mas nunca abaixo, haja vista que estas despesas públicas estão minimamente vinculadas.

6.5 Receita Pública

Para arcar com as despesas públicas, advindas da busca do Estado pelo bem-comum social, é preciso recursos financeiros. Todavia, sabe-se que nem sempre na história o ente estatal buscou uma arrecadação justa, usando, muitas vezes, de meios violentos para ajuntar recursos aos cofres do governo.

Conforme descreve Aliomar Baleeiro (1969), o governo, para obtenção de receitas, faz uso de meios universais. Dentre esses meios, pode-se destacar alguns: o primeiro é decorrente da extorsão de outros povos ou mediante a voluntária doação destes; já o segundo se dá pela renda auferida pelos bens e empresas estatais, assim como pelas penalidades ou tributos exigidos; o terceiro ocorre através de empréstimos tomados e, por fim, pela fabricação de dinheiro (HARADA, 2016).

Atualmente, a obtenção de receita se pauta pelos princípios democráticos do Estado de Direito, o qual age através da arrecadação sobre os bens e recursos da população ou por meio da exploração dos seus próprios bens. É importante mencionar que, para atingir o

equilíbrio fiscal, o Estado deve prever receitas para cada despesa, sob pena de gerar desarmonia nas contas públicas.

A arrecadação não é um fim em si mesma, tendo em vista que o objetivo da atividade estatal não é a obtenção de receita para, simplesmente, compor seu erário, mas sim para financiar os objetivos da administração pública. A obtenção da receita pública é o meio pelo qual o Estado alcança suas finalidades, mediante a satisfação das necessidades públicas (RAMOS FILHO, 2012).

Nessa perspectiva, torna-se necessário conceituar a receita pública em sentido amplo e estrito. No primeiro caso, ela se refere a tudo aquilo que ingressa nos cofres públicos. É toda entrada de dinheiro para o erário, independentemente, do tempo de permanência ou origem. Já no segundo caso, ela é considerada como somente a entrada que acrescenta aos cofres públicos, de modo positivo, permanente e definitivo. Assim, toda receita pública é uma entrada ao erário, mas nem toda entrada é uma receita pública. Aqueles ingressos que ficam apenas de forma provisória nos cofres públicos, seja por corresponder a uma baixa patrimonial ou por estar vinculado a uma devolução, não são receitas públicas *stricto sensu*. Do mesmo modo que as cauções, as fianças, os empréstimos públicos, os depósitos recolhidos ao Tesouro, dentre outros, que possuem caráter de transitoriedade com relação ao ingresso, segundo essa conceituação, não compõem as receitas públicas. Essa é a acepção adotada pela ciência das finanças (RAMOS FILHO, 2012).

Apesar de não existir uma definição normativa sobre as receitas públicas, infere-se, a partir da Lei nº 4320/64, que a posição adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro é a das receitas públicas em seu sentido amplo. Com isso, depreende-se que, no Brasil, receitas públicas são todas as entradas de dinheiro aos cofres públicos, a qualquer título, ainda que não acresça no ativo financeiro do Estado. Nesse caso, entradas como os empréstimos públicos que, à luz da ciência das finanças, são apenas ingressos aos cofres públicos, constituem receita pública segundo o Direito Financeiro (JARDIM, 2016).

Consoante a classificação de Marcus Abraham (2015), as receitas públicas têm como origem: o *patrimônio do Estado*, cujos recursos são oriundos da exploração de atividade econômica dos seus bens ou das entidades estatais, a exemplo dos preços públicos e *royalties*; o *patrimônio do particular*, essencialmente pelo tributo, mas também pelas multas, doações, heranças vacantes, etc.; das *transferências intragovernamentais*, que são aquelas derivadas de repasses financeiros entre os entes ou por meio de fundos de investimento ou participação; e dos *ingressos temporários*, aqueles advindos de empréstimos compulsórios ou oriundos de

recursos que, de forma temporária, compõe os cofres públicos, como as fianças, operações de crédito por antecipação de receitas, etc.

Os doutrinadores dividem as receitas públicas em diferentes grupos, de acordo com as características que possuem, a saber: ordinárias e extraordinárias, fiscais e extrafiscais, originárias e derivadas, orçamentárias e não orçamentárias, efetivas e não efetivas. No caso das primeiras, elas seguem um critério de periodicidade. São extraordinárias as receitas excepcionais, aquelas cuja obtenção se dá de forma temporária e inconstante. É o caso dos empréstimos compulsórios em caso de guerra externa ou calamidade pública ou dos impostos extraordinários. São ordinárias as receitas públicas que ingressam, regularmente, nos cofres públicos. São fontes regulares e perenes para a atividade financeira estatal, como é o caso dos tributos.

Essa classificação constitui importante mecanismo de controle fiscal das contas públicas e elaboração do orçamento público, tendo em vista que, para fazer frente às despesas, é necessária previsão de receita suficiente. A partir daí, em razão da transitoriedade e eventualidade das receitas extraordinárias, não se pode contar com tal meio para arcar com as despesas correntes, sob pena de gerar um déficit fiscal. Adiante, o contrário também é verdadeiro, não sendo recomendável haver maior previsão de receitas sem vinculação de gastos, gerando-se acúmulo financeiro sem aplicabilidade (ABRAHAM, 2015).

Quanto à origem, a doutrina dividiu as receitas públicas em originárias e derivadas. São receitas originárias aquelas que, em regra geral, decorrem da atividade econômica realizada pelo Estado como se fosse particular. É a que se origina da exploração econômica do patrimônio estatal, razão pela qual pode ser denominada de “receita do domínio privado”. Excepcionalmente, também, são originárias as receitas advindas, voluntariamente, do patrimônio do particular (doações). Todavia, as fontes originárias não possuem a mesma força das derivadas, mais precisamente, da força que possuem as receitas advindas dos tributos (a fonte mais importante das receitas públicas) (RAMOS FILHO, 2012).

Nesse sentido, são derivadas as receitas provenientes do patrimônio alheio por meio de uma imposição estatal. São, assim, aquelas que decorrem do poder de autoridade inerente ao Estado, como os tributos, multas, etc. Convém destacar que o caráter definidor das receitas derivadas não é “advir do patrimônio dos particulares”, mas sim decorrer do poder de imposição que detém o ente público. Do contrário, as doações (disposições espontâneas feitas pelo particular de seu patrimônio) seriam consideradas receitas derivadas, mas não o são, porque não decorrem de imposição.

No que se refere à finalidade das receitas públicas, estas foram classificadas em receitas fiscais e extrafiscais. São fiscais as receitas arrecadadas para somente arcarem com as despesas públicas, ao passo que as extrafiscais possuem como objetivo, precípuo, regular determinadas condutas sociais. Grande parte das receitas públicas são fiscais, isto é, possuem a função de obter recursos financeiros (sejam eles originários ou derivados), a fim de que o Estado faça frente às despesas necessárias à consecução das suas finalidades.

Entretanto, existem aquelas espécies que não são destinadas a arcar com as despesas públicas, mas sim a fomentar ou desestimular determinados comportamentos da sociedade, intervindo na esfera dos particulares com o intuito de incentivar condutas. Tendo como exemplo as receitas públicas extrafiscais, convém destacar o Imposto de Importação – II, o Imposto Territorial Rural – ITR, o Imposto Predial Territorial Urbano – IPTU – e o Imposto sobre os Produtos Industrializados – IPI. A partir disso, Marcus Abraham assinala que: Busca-se, através da extrafiscalidade, reequilibrar desigualdades econômicas, estimular determinadas atividades ou mesmo coibir certas condutas. Podemos identificar vários motivos que levam o Estado a lançar mão de mecanismos extrafiscais: a) redistribuir riquezas; b) proteger a indústria ou o mercado interno; c) desencorajar o consumo de supérfluos e produtos nocivos à saúde (álcool ou cigarros); d) facilitar o desenvolvimento regional; e) estimular a utilização da propriedade no âmbito de sua função social; f) combater a inflação (ABRAHAM, 2015).

Ainda, as receitas públicas foram divididas em orçamentárias e extraorçamentárias. As primeiras, via regra geral, estão inseridas na Lei Orçamentária Anual – LOA – com previsão de ingresso público (permanente ou temporário). Todavia, elas incluem, também, algumas receitas não previstas, como é o caso da arrecadação em excesso.

Já as extraorçamentárias não possuem previsão na lei orçamentária e pressupõem a devolução da quantia obtida que ingressa de forma transitória. Ressalta-se que, para caracterização dessas receitas, torna-se necessário a cumulatividade de dois requisitos: não possuir previsão e haver necessidade de devolução. A partir daí, percebe-se que não basta a ausência de referência no orçamento, haja vista que algumas receitas podem ser orçamentárias ainda que sem previsão. Além disso, uma aquisição não prevista no orçamento poderá se converter em receita orçamentária, como é o caso da caução dada em garantia de juízo, que poderá ser revertida aos cofres públicos caso a decisão seja favorável ao ente público. Em última análise, vale ressaltar que as extraordinárias não se subordinam à prévia autorização do legislativo tampouco à realização do orçamento. Todavia, não obstante a necessidade de devolução, o Estado pode, de forma temporária, fazer uso destas quantias.

Por fim, há a classificação em efetivas e não efetivas, das quais serão efetivas as receitas públicas que importarem em aumento do patrimônio líquido dos cofres públicos. Pressupõe que sua entrada não venha em conjunto com obrigações que acarretem diminuição do ativo ou aumento do passivo. Por outro lado, as receitas não efetivas são as que, justamente ao contrário, importam em diminuição do ativo ou aumento do passivo.

Outrossim, não obstante a classificação doutrinária anteriormente descrita, há também uma classificação normativa das receitas públicas, a qual advém das disposições da Lei nº 4.320/64. Essa Lei, seguindo um critério econômico, determina que todo o ingresso nos cofres públicos deve ser classificado em receita corrente ou receita de capital (HARADA, 2016).

São receitas correntes aquelas que derivam das receitas tributárias ou da exploração do Estado dos seus bens ou da atividade econômica (agropecuária, indústria e serviços), conforme dispõe o artigo 11, §1º. Em contrapartida, as receitas de capital são provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente (art. 11, §2º).

As receitas correntes se correlacionam com as despesas correntes, ao passo que as receitas de capital destinam-se a financiar as despesas de capital. Já no tocante à arrecadação, a CF prevê, além das despesas e percentuais a serem efetuados por cada ente, a repartição das competências financeiras de cada um. Destarte, a Lei Suprema assegurou a cada ente a sua autonomia financeira, ao discriminar rendas a serem recebidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Na atribuição de competências, os entes dividiram entre si o poder de instituir e realizar cobrança dos tributos. Com isso, é importante mencionar que é de competência da União instituir os impostos elencados nos artigos 153 e 154, dos Estados os elencados no artigo 155, dos Municípios o disposto no artigo 156 e do Distrito Federal o artigo 155 cumulado com o art. 147, 2ª parte. Ainda, a todos os entes competem a instituição de taxas e contribuições de melhorias (art. 145, II e III, da CF). Por fim, compete à União a instituição de empréstimos compulsórios (art. 148 da CF) e de contribuições especiais (art. 149, caput, da CF) (RAMOS FILHO, 2012).

Todavia, a atribuição de competências para tributação para cada ente em nada contribui para diminuição das grandes desigualdades sociais, demográficas e econômicas

existentes entre um estado (ou município) e outro. Por essa razão, a CF prevê outro mecanismo de distribuição de renda entre os entes, a repartição das receitas financeiras.

Noutras palavras, a repartição de receitas (ou também denominadas transferências intergovernamentais) é a divisão realizada entre os entes políticos, de forma obrigatória ou espontânea, devido à disposição constitucional, infraconstitucional ou decorrente de contrato, com vistas a propiciar às diferentes esferas de governo condições, para que exerçam de forma adequada suas obrigações.

Os objetivos das transferências intergovernamentais são vários, mas, destaca-se como principal finalidade a diminuição do desequilíbrio fiscal entre os entes. Isso permite que eles se mantenham no sistema federativo com o devido equilíbrio entre as despesas e receitas públicas, tendo em vista que nem sempre as disposições de receita são suficientes, para que o ente arque com as despesas necessárias à consecução dos seus fins.

Nas palavras de José Maurício Conti: este item é bastante relevante, pois a divisão das competências, aliada à repartição dos recursos entre as unidades que compõem a federação, são o fator determinante no equilíbrio federativo e consequente coexistência harmônica entre eles, e, portanto, da própria manutenção da federação (CONTI, 2001).

Ainda, dentre as transferências intergovernamentais, existem as *transferências obrigatórias* e as *transferências voluntárias*. As primeiras podem decorrer de disposições constitucionais ou por determinação legal e possuem como característica principal a incondicionalidade, ou seja, o ente que as recebe é livre para aplicá-las na seara que melhor lhe convém. As que decorrem da Constituição são as transferências oriundas da arrecadação de receitas tributárias e podem acontecer diretamente ou por meio de fundos (arts. 157 a 161). As que possuem como origem determinação legal são transferências que, via regra geral, objetivam a implementação de programas sociais e de saúde (ABRAHAM, 2015).

Importante se faz ressaltar que não poderá haver qualquer condicionamento ou restrição para as transferências obrigatórias, exceto, se existirem débitos entre os entes ou obrigatoriedade de aplicação mínima de recursos na saúde pública (art. 160, parág. Único, c/c art.198, §2º)¹. Do contrário, a retenção injustificada pode ocasionar intervenção federal nos Estados.

¹Deste modo, as transferências obrigatórias poderão ser condicionadas quando a entrega do recurso se dar para o cumprimento das seguintes disposições: Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

Quanto às transferências voluntárias, estas decorrem por meio de acordo realizado entre os entes e podem ser extinguidas à discricionariedade do ente que as concederam. Ainda, podem ser suspensas no caso de não haver respeito aos preceitos da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Ademais, dentro da repartição das receitas financeiras (transferências intergovernamentais) há a previsão de divisão da receita dos tributos. Cabe destacar que não há divisão da capacidade para instituir tributos, mas sim repartição dos valores arrecadados. Geralmente, o ente competente para instituição e arrecadação de determinado tributo fica com o produto da arrecadação destes. Contudo, a Constituição faz a reserva de que, em alguns casos, outros entes também podem receber o produto da arrecadação realizada pelo ente titular, ainda que eles (os que receberão) não possuam competência para instituí-lo ou tampouco arrecadá-lo.

Tal previsão permite que as receitas provenientes dos tributos sejam repartidas entre as esferas de governo sem que haja dupla tributação dos contribuintes. Com isso, feita a tributação e arrecadação, o dinheiro obtido pelos cofres públicos será vertido em favor de outro ente por meio da redistribuição do produto das receitas tributárias, buscando-se, assim, maior justiça social.

Em virtude das divisões Constitucionais de competências das receitas tributárias não observarem as diferenças econômicas ou demográficas existentes entre Estados e municípios, criou-se o mecanismo da redistribuição, que visa atuar na diminuição de tais diferenças, na busca pela equalização fiscal. Destarte, existem dois momentos para acontecer a repartição. Em primeiro lugar, haverá a instituição e arrecadação dos tributos, atos que possuem natureza tributária. Em um segundo momento, ocorrerá a redistribuição desses valores pelo ente titular aos demais, ações de caráter financeiro.

A redistribuição dos tributos, por ser uma determinação constitucional, é uma transferência obrigatória e, como tal, se reveste das características que esta última possui: são automáticas e não se condicionam ou vinculam. Ainda, as transferências acontecem do “ente maior” para o “menor” (distribuição direta) ou por meio dos fundos. (distribuição indireta) (ABRAHAM, 2015).

Quanto à distribuição direta, esta, por sua vez, é aquela que ocorre da União para os Estados, Distrito Federal ou Municípios dos produtos da arrecadação de impostos como IRRF, ITR, IPI, CIDE, IOF e da repartição dos Estados com os Municípios dos valores arrecadados com ICMS e IPVA. Enquanto isso, a distribuição indireta é a que ocorre entre o ente e um fundo de financiamento ou fundo de participação, tais como: FPE – Fundo de

Participação dos Estados, FPM – Fundo de Participação dos Municípios, FNO – Fundo Constitucional de Financiamento do Norte, FNE – Fundo Constitucional de Financiamento do Nordeste, FCO – Fundo Constitucional de Financiamento do Centro-Oeste.

Em suma, consoante define Marcus Abraham: finalmente, de maneira simplificada e para sintetizar este complexo modelo de transferências constitucionais tributárias, podemos dizer que: a) a União transfere para os Estados e DF 100% do IRRF retido na fonte sobre rendimentos pagos por estes últimos, suas autarquias e fundações, 25% dos Impostos Residuais se criados, 29% da CIDE-Petróleo, 10% do IPI-Exportação e 30% do IOF; b) a União transfere para os Municípios 100% do IRRF retido na fonte sobre rendimentos pagos por estes últimos, suas autarquias e fundações, 50% do ITR, e 70% do IOF; c) Os Estados transferem aos Municípios 50% do IPVA, 25% do ICMS, 25% dos 10% de IPI recebido da União e 25% dos 29% da CIDE-Combustível recebidos da União; d) a União transfere 21,5% do IR e IPI para o FPE, 24,5% do IR e IPI para o FPM e 3% do IR e IPI para o FNO, FNE e FCO (ABRAHAM, 2015).

Nessa perspectiva, cabe destacar a relevância que possuem os fundos especiais para a receita pública. De acordo com a Lei nº 4.320, os fundos especiais são constituídos pelo produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação (artigo 71). Isto é, esses fundos são instrumentos da gestão financeira, dotados de tratamento especial, do qual se utilizam os gestores públicos para alcançarem os objetivos administrativos, sociais e econômicos da Administração Pública (AGUIAR, 2008).

O tratamento especializado ocorre em razão da faculdade concedida pela Lei para a adoção de normas peculiares para a execução do fundo. Trata-se da instituição facultativa de normas mais maleáveis do que aquelas concernentes à execução orçamentária em geral, para que os fundos especiais possuam gestão mais simples e flexível.

Ressalta-se, também, como particularidades dos fundos especiais a necessidade da sua existência estar relacionada a uma finalidade, bem como a imprescindibilidade dos recursos financeiros. O fundo especial pressupõe a articulação de um objetivo, fixado por lei, a ser executado e a reserva de recursos disponíveis, para que tais fins se cumpram (AGUIAR, 2008).

De outro modo, podem, ainda, os fundos possuírem como fim a simples distribuição de receitas entre os entes, como é o caso do FPE e do FPM. Outrossim, os Fundos de Participação (FPE e FPM), bem como os Fundos Regionais (FNO, FNE e FCO) são entes despersonalizados de natureza financeira que visam a estabilidade econômica dos

entes federativos. Possuem como propósito central a administração dos valores recebidos para posterior distribuição aos entes, com observância de critérios sociais, econômicos e demográficos (ABRAHAM, 2015). Portanto, os fundos especiais são um conjunto de recursos financeiros colocados à disposição dos entes para cumprimento de determinados fins administrados por um órgão público, cujas receitas específicas são definidas em lei.

6.6 Orçamento

O orçamento é elemento indispensável de um Estado Democrático de Direito, uma vez que é o instrumento que possibilita ao Estado cumprir com os fins aos quais se propôs. Não mais configura documento de caráter apenas contábil e administrativo, sendo um mecanismo político necessário do Estado Moderno hábil a conduzir a figura estatal na economia (HARADA, 2016).

Segundo Aliomar Baleeiro (1969), o orçamento público é “o ato pelo qual o Poder Legislativo prevê e autoriza ao Poder Executivo, por certo período e em pormenor, as despesas destinadas ao funcionamento dos serviços públicos e outros fins adotados pela política econômica ou geral do país, assim como a arrecadação das receitas já criadas em lei” (RAMOS FILHO, 2012). Do mesmo modo, é uma autorização para gasto dos valores adquiridos na arrecadação mediante previsão de programas a serem executados, bem como a estimativa das receitas públicas a serem percebidas. Essa permissão tem como validade prazo determinado, denominado de exercício financeiro que se concretiza por meio da autorização do Legislativo.

Dessa forma, o orçamento é, com efeito, a lei que planeja as receitas e dispêndios para um exercício financeiro, constituindo-se no documento que proporcionará à Administração Pública a realização dos seus projetos, a fim de alcançar as necessidades sociais. Pode-se, então, dividir o orçamento em duas partes, a saber: de um lado os recursos a serem obtidos e do outro as despesas a serem efetuadas, reservando-se o Legislativo na competência para autorizar ambas as partes por um período determinado.

O orçamento público, através das previsões ali fixadas, é o reflexo das atividades estatais e um modo de controle das contas públicas, circunstância esta que onera o Estado na necessidade de evidenciar no orçamento as políticas econômicas e financeiras adotadas. Assim como o plano de atuação do governo, razão, também, pela qual o orçamento público é considerado a “expressão numérica da atividade financeira do Estado” (RAMOS FILHO, 2012).

Por tais motivos, o orçamento público deve observar alguns princípios que lhe são essenciais, servindo-lhe como itens norteadores da sua elaboração/execução, dos quais se destacam os princípios da exclusividade, universalidade, especialização, programação, anterioridade, anualidade, e não afetação (RAMOS FILHO, 2012).

Neste seguimento, o princípio da exclusividade está consubstanciado na Constituição Federal (art. 165, § 8º, 1ª parte) e prevê que, regra geral, é vedada a inclusão no orçamento de dispositivos estranhos à matéria orçamentária. Isto é, na Lei Orçamentária Anual somente pode haver previsão de itens relacionados à estimativa de receitas e previsão de dispêndios para determinado período financeiro. Todavia, a própria CF trouxe circunstâncias excepcionais com o propósito de permitir, também, a inclusão de dispositivos que se refira à abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita (art. 165, §8º, 2º parte).

O princípio da universalidade, em contraposição ao princípio da exclusividade, prevê que toda a matéria orçamentária pertinente deve estar prevista na Lei Orçamentária. Além disso, ela deve prever todas as receitas e despesas pelos seus totais, vedadas quaisquer deduções (art. 6º, da Lei nº 4.320/64). A exceção reside na possibilidade de as despesas extraordinárias que, devido a seu caráter excepcional, podem não ter sido previstas no orçamento e na cobrança de tributos que serão exigidos, ainda que sem previsão no orçamento, mas desde que criados antes do respectivo exercício financeiro.

O princípio da especialização prescreve que as receitas e despesas devem estar dispostas de forma detalhada no orçamento, fixadas por unidade administrativa, a fim de que o Legislativo tenha maior controle das contas públicas e possa autorizar cada elemento. Por outro lado, o princípio da programação preconiza que o orçamento deve ter forma e conteúdo de programação, ou seja, estabelecer os objetivos aos quais se pretende alcançar, determinando as ações necessárias e os recursos financeiros a serem utilizados.

Quanto ao princípio da anterioridade, faz-se necessário ressaltar que este não guarda relação com o princípio da anterioridade tributária, o qual proíbe a cobrança do tributo no mesmo exercício financeiro que foi instituído ou aumentado. O princípio da anterioridade orçamentária orienta que a Lei Orçamentária Anual não poderá ser aprovada no mesmo exercício financeiro no qual deverá vigorar. Nesse caso e nos termos do art. 35, §2º, III, do ADCT da CF², o projeto da LOA do exercício financeiro seguinte deverá ser devolvido para

²“III - o projeto de lei orçamentária da União será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa”.

sanção presidencial até o encerramento da sessão legislativa, qual seja em 22 de dezembro do exercício anterior (RAMOS FILHO, 2012).

Outrossim, o princípio da anualidade prescreve que o orçamento deve ser elaborado para vigorar apenas por um exercício financeiro que, no caso do Brasil, corresponde a um ano. Tal exercício financeiro corresponderá ao ano-calendário, valendo-se, portanto, do dia 1 de janeiro a 31 de dezembro. Cabe esclarecer que o Plano Plurianual não se contrapõe ao princípio da anualidade, haja vista que os programas e metas ali dispostos devem ser executados a cada ano (HARADA, 2016).

Por fim, o princípio da não afetação objetiva o não “engessamento” das verbas públicas advindas dos impostos e prevê a vedação da vinculação de tais recursos a atividades previamente definidas, uma vez que os impostos são essenciais para o atendimento das necessidades gerais do Estado. Os impostos são exigidos sem qualquer contraprestação específica da Administração Pública, desempenhando papel financiador das obras e serviços públicos em geral. Há, no entanto, algumas exceções, como a disposta no artigo 198, §2º da CF, a qual prevê que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão aplicar percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

Em outra direção, a CF estabelece que o orçamento público é composto por três planejamentos orçamentários, harmônicos entre si, a saber: o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual (TORRES, 2002). Tais leis orçamentárias são de iniciativa do Poder Executivo e são apreciadas pelas duas casas do Congresso Nacional (art. 166, §§ 1º e 2º, CF).

O Plano Plurianual – PPA, conforme disciplina a Constituição, será instituído por lei que estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada (art.165, §1º).

Ademais, o PPA tem como objetivo fixar as metas governamentais, cujo prazo de execução excede o exercício financeiro. Destaca-se que nenhum programa poderá ser efetivado por mais de um ano sem a prévia previsão no Plano Plurianual ou sem autorização de lei para posterior inclusão. Com isso, as metas previstas no PPA deverão ser cumpridas ao longo dos quatro anos da sua vigência. Eventuais programas não previstos nesta Lei somente poderão ser integrados após autorização do Legislativo. Além disso, a CF estabelece que os planos e programas nacionais, regionais e setoriais serão elaborados em consonância com o plano plurianual e apreciados pelo Congresso Nacional (art.165, §4º).

Impende mencionar que o PPA somente terá eficácia com o orçamento anual, uma vez que consiste em lei formal de mera *programação ou orientação*. Ainda, não obstante vincular o Executivo na execução dos orçamentos anuais, o PPA não obriga o Legislativo às suas disposições para a realização das leis orçamentárias (TORRES, 2002).

De outra parte, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO – compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (art. 165, §2º, CF).

A LDO assemelha-se ao PPA no tocante à fixação das diretrizes do governo. Todavia, a diferença reside, inicialmente, no tempo que essa meta vigorará, sendo fixado no PPA o que diz respeito a mais de um exercício financeiro e na LDO a meta do Executivo para aquele ano. Ademais, irá dispor que as metas estabelecidas no PPA deverão ser postas em prática a cada ano.

A LDO funciona como o elemento de ligação entre os planos de médio prazo do PPA e da previsão de curto prazo da Lei Orçamentária Anual, constituindo-se no componente hábil a compatibilizar as metas do plano com as receitas financeiras disponíveis. Além disso, a LDO deve ser elaborada a cada ano.

No que tange à União, o projeto da LDO deve ser enviado pelo Presidente da República ao Congresso Nacional até o dia 15 de abril de cada exercício financeiro (uma vez que a Constituição concede o prazo de oito meses e meio antes do encerramento do exercício) e deve ser devolvido para sanção do Presidente até o dia 17 de julho (data de encerramento do primeiro período da sessão legislativa). No que diz respeito aos Estados e Municípios, face a ausência da Lei Complementar que determina a CF, tais prazos serão estabelecidos pelas Constituições Estaduais ou Leis Orgânicas Municipais.

Quanto à Lei Orçamentária Anual – LOA, esta é o instrumento para execução dos gastos previstos pela Administração Pública e contém a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do Governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade (art.2º, Lei nº 4.320).

Não obstante o princípio da unidade, o qual estabelece que o orçamento deve ser uno, a LOA se divide em três diferentes documentos que se integram: o *orçamento fiscal*, o *orçamento de investimentos das empresas estatais* e o *orçamento da seguridade social*. O primeiro integra todas as receitas e dispêndios dos três poderes da União, bem como dos fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder

Público. Já o segundo compreende as empresas que a União, direta ou indiretamente, detém a maioria do capital social com direito a voto. Por último, o *orçamento da seguridade social* abrange todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (TORRES, 2002).

A Constituição estabelece que os orçamentos fiscais e de investimento devam ser compatibilizados com o plano plurianual, haja vista que possuem como função a redução das desigualdades interregionais, segundo critério populacional (art. 165, §7º). No tocante à proposta do orçamento da seguridade social, a Constituição determina que esta deverá ser elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, com observância às metas e às prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos (art. 195, §2º). Todavia, a exigência da integralização reside somente na elaboração do orçamento, uma vez que a sua execução se dará de forma descentralizada.

Logo, destaca-se que as despesas públicas se pautam pelo princípio da legalidade. Com isso, não poderá haver gastos, se não, previamente, dispostos na lei orçamentária e devidamente aprovado pelo Legislativo. Contudo, caso surja durante o exercício financeiro dispêndio não previsto na LOA, poderá este ocorrer após aprovação do Legislativo de um crédito adicional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu concluir que o SUS vem passando por um processo de evolução com significativos avanços. Porém, ainda, há sérios aspectos dificultadores de variada natureza, sobretudo, político-partidária, que conformam um contexto marcado pelos conflitos de interesses. Observou-se que a gestão desse sistema, no âmbito financeiro municipal, apresenta consideráveis desafios à plena consolidação do SUS.

É essencial que a gestão dos recursos financeiros da saúde pública se torne mais transparente, a fim de que se alcance uma assistência à saúde, realmente, integral e de qualidade para a população. Ainda, é necessário que o sistema de saúde seja cada vez mais universal e equânime, com atenção a todos os segmentos populacionais, incluindo um cuidado em saúde mais democrático e adequado à população.

Contudo, para se alcançar o sistema de saúde almejado, o impasse é bem além do que quem deve fazer o repasse dos recursos, pois, o que precisa é uma consciência de que o sistema de saúde visa atender às necessidades públicas e, aqui, entende pública como geral, universal, de todos.

A atividade financeira que resta, contemplada com a existência e transferência de recursos para investir no sistema de saúde, deve ser tida como mecanismo capaz de fornecer meios ao Poder Público para realização de seus fins, o que, por sua vez, encontra o Estado sua finalidade pautada na máxima de atenuar as mazelas sociais e contemplar o bem comum.

Não obstante, as mazelas sociais abrangerem diversas variáveis, dentre essas, destaca-se a precariedade do sistema de saúde que não consegue firmar sua plenitude a fim de atender a todos e, deveras, estender as necessidades públicas à assistência necessária. Isso, conseqüentemente, traz ao sistema de saúde o legado de principal disfunção existente, exigindo a administração incisiva do Poder Público.

Nesse sentido, é de bom alvitre que, de antemão, argumente que as necessidades públicas têm crescido proporcionalmente ao desenvolvimento do Estado. Isso ocorre, porque elas possuem natureza universal e geral, portanto, aplicáveis a toda a população, cujo crescimento, e, por óbvio, acarretará no aumento das necessidades da sociedade.

Essa pesquisa demonstra que a primordialidade de que o sistema de saúde seja harmônico e efetivo consiste também no modelo de estado adotado pela federação, que tem como escopo primeiro o bem comum. A razão para isso provém do fato de que, para gerir o sistema de saúde, há a cooperação dos entes federativos, em especial, no que tange à atividade

financeira, visto que, para custear as variadas patologias, que acometem a sociedade, é necessário o implemento de profissionais, artefatos, medicamentos, procedimentos e maquinários de alto custo.

No entanto, somente quem convive diariamente é autônomo e capaz de apontar de modo preciso onde se encontra as falhas e impasses que torna atravesalhos no oferecimento efetivo do sistema de saúde à população. A partir disso, convém destacar que, pautado no princípio da descentralização, a municipalidade é o competente para gerir, distribuir e proceder às transferências dos recursos existentes, ou seja, a gestão dos recursos atinentes à saúde é do Município.

Em decorrência de situações que possam surgir no ato de gestão e atrelados ao compromisso em prestar um sistema de saúde capaz de atender aos anseios da população, atipicamente, pode a municipalidade ser afastada de exercer sua função precípua de fazer os repasses e fiscalizar os recursos destinados à saúde, como se foi possível concluir no estudo de caso esmiuçado nessa pesquisa.

Porém, resta demonstrar que, a carência de efetividade, bem como a eventual desarmonia que acomete o sistema de saúde não se concentra onde o poder público tem agido – mudança do responsável pelos repasses do recurso financeiro –, mas aos conflitos de interesses na gestão que constitui óbice, por vezes, intransponíveis e que tem acarretado as falhas manifestas no sistema de saúde.

Verificou-se que, através do estudo de caso, embora o Estado de Minas Gerais por intermédio da SES/MG ficou responsável pelos repasses e fiscalização dos recursos ao sistema de saúde das instituições hospitalares de Montes Claros, não houve nenhuma crescente significativa na prestação de serviços à população. Ao contrário, a prestação de serviços se manteve em patamar similar ao período de quando a Municipalidade efetuou os repasses. É axiomático que o responsável pela deficiência da prestação de serviços do sistema de saúde não são os recursos, mas os conflitos de interesses que existem na gestão que constitui estorvo no bom desenvolvimento da prestação de saúde.

Os recursos destinados à saúde subsistem e o entendimento de que a municipalidade é quem possui competência para fazer os repasses às instituições hospitalares se sustenta por ser quem está mais perto dos percalços experimentados pela população local. Ou seja, o município tem contato direto com os anseios da população local e fragilidade na prestação de serviços de saúde.

Nessa senda, considerando que os recursos subsistem independente de quem seja o ente responsável pelos repasses e que, com a mudança do responsável, não houve quaisquer

mudanças significativas de melhoras na prestação de serviços, pelo contrário, manteve no mesmo patamar, verifica-se que as falhas na prestação de serviços da saúde pautam-se nos conflitos de interesses capazes de acometer a gestão e impedir seu funcionamento regular.

Para que as necessidades públicas restem atendidas, a cooperação, harmonia e independência de todos os entes da federação se fazem necessárias, especificamente, em se tratando do sistema de saúde. Ele é necessidade basilar de toda população, requer a necessidade de que a descentralização esteja harmoniosa, o que é imprescindível, pois isso atuará diretamente na gestão dos responsáveis no ato de aplicar os recursos.

Por óbvio que os conflitos de interesses sempre subsistirão e o presente estudo possibilita perceber que a eficácia do sistema de saúde está umbilicalmente ligada à gestão do responsável pelos repasses e ao modo de ele de atenuar ou aniquilar os conflitos de interesses relacionados à gestão. Inúmeros são os possíveis conflitos de interesses na gestão capazes de impedir a eficácia do sistema de saúde. Nesse viés, ao ser constatado que, em verdade, o empecilho na eficácia no sistema de saúde é os conflitos de interesses que retarda e/ou impede uma prestação de serviço eficaz, excelsa e igualitária, embora os recursos existam.

Dessa forma, se o óbice para a prestação de serviço excelente e eficaz consiste nos conflitos de interesse, a solução para que o sistema de saúde possa funcionar do modo esperado é que o responsável em gerir e fiscalizar os repasses às instituições hospitalares seja quem consiga minimizar tais conflitos, através das propostas descritas nesse trabalho.

De mais a mais, destaca-se que, para além das soluções apresentadas é necessária a consciência e responsabilidade do ente responsável em fazer as aplicações dos recursos no sentido de que sejam atenuadas e/ou cessadas todas e quaisquer situações capazes de não tratar as necessidades públicas com a primazia que lhe é inerente e influenciar de algum modo a correta gestão.

As formas de atenuar os conflitos de interesses na gestão que o hodierno estudo propõe, aliado à consciência social que o ente responsável pelos investimentos no sistema de saúde deve ter, bem como a observância da supremacia do interesse público, diz respeito ao fato de ser certo que a eficácia do sistema de saúde logrará êxito.

Portanto, atrelado ao viés prático das soluções propostas no trabalho capazes de atenuar os conflitos de interesses na gestão e ao não aumento de produtividade qualitativa ou quantitativa quando da mudança do ente responsável pelos investimentos dos recursos, entende-se que, somente a atenuação dos conflitos de interesses na gestão possibilitaria a contemplação de um sistema de saúde regular, universal, equânime e excelente. Assim,

alcançar-se-ia a concretude da finalidade do Estado e bem comum que tanto se almeja que é o fato de se atingir a plenitude do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, M. **Curso de Direito Financeiro Brasileiro**. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

ACQUAVIVA, M. C. **Teoria Geral do Estado**. 3. ed. Manole, 01/2010,

AGUIAR, A. G. **Direito financeiro**: a Lei 4.320 comentada ao alcance de todos. Belo Horizonte: fórum, 2008.

AMORIM, G. M. **Gestão de qualidade e acreditação em serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde**: uma análise situacional. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2012.

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

BONAVIDES, Paulo. Do Estado liberal ao Estado social. 8º edição. São Paulo : Malheiros Editores, 2007.

BONFADA, D.; CAVALCANTE, J. R. L. P.; ARAÚJO, D. P.; GUIMARÃES, J. A. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores. **Para entender a gestão do SUS**. Livro 1. Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS 25 anos**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília (DF): CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda constitucional n.º29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 14 set. 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília (DF): Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 16 jan 2012; Seção 1: 1.

BRASIL. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde:** textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** NOB 01/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Ação Direta de Inconstitucionalidade 2903/PB. Relator: MELLO, C. de, publicado no DJ em 19-9-2008. Disponível em <<http://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14735256/acao-direta-de-inconstitucionalidade-adi-2903-pb>>. Acessado em 31 de outubro de 2016.

BRASIL. Lei nº 12.183, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre o conflito de interesses no exercício de cargo ou emprego do Poder Executivo federal e impedimentos posteriores ao exercício do cargo ou emprego e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 2013a; 17 maio.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 333, de 19 de setembro de 2013. Disciplina a consulta sobre a existência de conflito de interesses e o pedido de autorização para o exercício de atividade privada por servidor ou empregado público do Poder Executivo Federal. **Diário Oficial da União.** 2013b; 20 set.

BURLANDY, L. *et al.* Health promotion policies and potential conflicts of interest involving the commercial private sector. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1809-1818, 2016.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. Direito à saúde pública no Brasil: excuro histórico ao processo de desenvolvimento, reconhecimento e efetivação de um direito fundamental. **Prisma Jurídico**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 213-241, jan./jun. 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.
CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, A. L. B. de; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CASTRO, I. R. R. Relação público-privado, conflito de interesses e a agenda regulatória para a consolidação da democracia. **Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 74-80, 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. CEBES condena o loteamento político de cargos na saúde. 12 Junho de 2007.

COELHO, J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl.1, p. 138-151, 2012.

CONTI, José Mauricio. Federalismo fiscal e fundos de participação. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2001, p.17.

ELIAS, P. **Saúde no Brasil**. São Paulo: Cortez-Cedec, 1996.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FAVERET, A. C. S. C. **Federalismo fiscal e descentralização no Brasil**: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FERREIRA, M. P.; PITTA, M. T. Avaliação da eficiência técnica na utilização dos recursos do sistema único de saúde na produção ambulatorial. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 55-71, 2008.

FERTONANI, H. P.; PIRES DE PIRES, D. E.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FILOMENO, José Brito. Teoria Geral do Estado e da Constituição, 10ª edição. Forense, 06/2016. VitalSourceBookshelf Online.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**, Londres, Londres, v. 377, n. 9781, p. 4-5, 2011.

FLEURY, S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 156-164, 2009.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, F. S. Conflito de interesse em alimentação e nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2039-2046, 2015.

GUILHERME, L. F. do V. A. **Função social do contrato e contrato social - análise da crise econômica**. 2ª edição. Saraiva, 1/2015. Vital Source Bookshelf Online.

HARADA, K. **Direito Financeiro e Tributário**. São Paulo: Atlas, 2016.

HORTA, N. de C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 524-529, 2009.

JARDIM, Eduardo Ferreira. Manual de Direito Financeiro e tributário, 14ª edição.. Saraiva, 2016.

KOERICH, C.; DRAGO, L. C.; MELO, T. A. P.; ANDRADE, S. R.; ERDMANN, A. L. Financiamento em saúde: análise da produção científica no período 2007-2013. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-15, jul./set. 2016.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-30, 2011.

MAGALHÃES, J. R. H. M. **Tema 1 – Administração de material, patrimônio e serviços do SUS municipal**: administração na área de saúde: uma perspectiva para gestores municipais: gestão municipal de saúde. Textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

MAGALHÃES, S. C. M.; LIMA, S. C. Cenário da rede de saúde no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Brasília, v. 8, n. 15, p. 245-258, 2012.

MALACHIAS, I.; AMORIM, A. L. G.; LÉLIS, L. J. B.; PINTO, M. A. S.; SIQUEIRA, M. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas S.A., 2010. 297 p.

MARQUES, A. J. S. **Rede de atenção à urgência e emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MARZIALE, M. H. P. Universal access to health and universal health coverage: nursing contributions. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 2667, 2016.

MELO, C. F.; ALCHIERI, J. C.; ARAÚJO NETO, J. L. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, v. 17, n. 1, p. 63-72, 2012.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENEGHEL, S. N.; PETRY, A. R. S.; STEINMETZ, A. F. F.; KAEFFER, L. M.; MELLO, R. L. G.; KITTER, S. L. J. Ouvindo os desejos da comunidade. In: MEDEIROS, J. E. O.; GUIMARÃES, C. F. (org). **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul: IBSaude, 2007.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais**. Secretaria de Estado de Saúde, 2011.

OLIVEIRA, D. C.; DE SÁ, C. P.; GOMES, A. M. T.; RAMOS, R. S.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. R. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 197-206, 2008.

OLIVEIRA, R. F. **Curso de direito financeiro**. 3 edição. Revista dos Tribunais, 2010.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, ago. 2004.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, sup. 1819-1829, 2007.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, Londres, v. 377, n. 9781, p. 1778-1797, 2011.

PINHEIRO, A. R. O.; CARVALHO, D. B. P. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 170-183, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BETIM. 10ª Conferência Municipal de Saúde de Betim. **1ª Conferência Municipal de Saúde Ambiental de Betim**. Reconstruindo o SUS Betim com participação popular. Relatório Final. Caderno do SUS Betim-MG. 2009; Ano I:108.

RAMOS FILHO, Carlos Alberto de Moraes. Curso de direito financeiro. São Paulo: Saraiva, 2012.

REY, L., 1999. **Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

RIBEIRO, J. D. T.; BEZERRA, A. F. B. O protagonismo dos gestores locais de saúde diante da Emenda Constitucional nº. 29: algumas reflexões. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1014-1023, 2013.

RIBEIRO, J. M.; ALCOFORADO, F. Governance mechanisms and the institutional design of the Health Secretariat in the Municipality of Rio de Janeiro (RJ), Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1339-1350, maio 2016.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOBRINHO, J. E. L.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 994-1000, 2013.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C.; LOPES, R. A. M.; SOUZA, D. C. D. Municipalização em saúde: avanços, desafios e atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro**, São João Del Rey, v. 1, n. 1, p. 112-120, 2011.

SOUZA, M. F. de O. O Programa Saúde da Família no Brasil : análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, abr. 2008.

TORRES, R. L. **Curso de Direito Financeiro e Tributário**. 9º Edição. Rio de Janeiro : Renovar. 2002.p. 38.

TORRES, S. F.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M. A rede de urgência e emergência da macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 2015, v. 24, n. 1, p. 261-273.

UGÁ, M. A. *et al.* Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health financing for universal coverage. What is universal health coverage? [Internet]. Ginebra: WHO, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/>. Acesso em: 23 ago. 2016.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFLITOS DE INTERESSES E EFICIÊNCIA NA GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE.

Pesquisador: Herbert Alcântara Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57367116.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.641.534

Apresentação do Projeto:

A gestão do Sistema Único de Saúde é um dos principais nós críticos à plena consolidação desse robusto sistema. Tal realidade deve ser melhor compreendida, a fim que a gestão dos recursos financeiros da saúde pública se torne mais clara para todos os envolvidos na busca de melhorias do sistema. O estudo tem por objetivo geral estudar o Direito Público, em especial o Direito Administrativo, com ênfase na gestão dos recursos de saúde e seus reflexos na sociedade. O delineamento da pesquisa será teórico, descritivo, exploratório, documental e se trata de estudo de caso de uma cidade de Minas Gerais, Brasil, tendo como objeto de estudo a gestão dos recursos financeiros da saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Estudar o Direito Público, em especial o Direito Administrativo, com ênfase na gestão dos recursos de saúde e seus reflexos na sociedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como o estudo será documental, o pesquisador irá dispor de todo o cuidado necessário para manter o caráter ético e científico durante o manuseio e a coleta de dados. O acesso aos dados coletados na pesquisa será permitido apenas aos pesquisadores identificados e que fazem parte deste estudo, sendo, portanto, vetado o acesso aos dados a qualquer outra pessoa que não

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.641.534

possua permissão formal para atuar nesta pesquisa. Os benefícios deste estudo se referem, inicialmente, à geração de conhecimento científico sobre o fenômeno ocorrido em Montes Claros. Almeja-se apresentar esclarecimentos e direcionamentos legais a respeito do fenômeno da retirada da gestão de saúde do município para o estado de Minas

Gerais, com vistas às condutas mais apropriadas frente a situações dessa natureza. Espera-se que, assim, sejam fornecidos subsídios a uma melhor gestão do financiamento da saúde pública, a fim de que se preste uma assistência em saúde mais eficaz, eficiente e de qualidade à população, em conformidade com os princípios doutrinários e organizativos do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante na área do direito com interface com a área da saúde. O material a ser incluído e analisado nesta pesquisa é oriundo de documentos referentes à gestão dos recursos financeiros da saúde, que serão obtidos junto aos órgãos de gestão em saúde do Estado de Minas Gerais/ Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, em bases de dados de acesso público - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e DATASUS. Ressalta-se que todos esses dados são de acesso público à população e serão utilizados apenas para fim complementar nesta pesquisa, que terá como foco principal o estudo do Direito Público, em especial o Direito Administrativo, com ênfase na gestão dos recursos de saúde e seus reflexos na sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados. Dispensa do TCLE por se tratar de estudo documental.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n - Camp. Univers. Prof.º Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 1.641.534

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_737566.pdf	15/06/2016 16:57:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HPRONTOPROJETODEPESQUISA.pdf	15/06/2016 16:56:19	Herbert Alcântara Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOCEPUNIMONTES.pdf	15/06/2016 16:54:07	Herbert Alcântara Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 19 de Julho de 2016

**Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéla **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com